

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Michal Rukavička

Vybrané metody fyzioterapie
a jejich využití ve speciálně pedagogické praxi

Praha 2013

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

RIGOROSUM THESIS

Mgr. Michal Rukavička

Selected Methods Of Physiotherapy
And Their Practical Use In Special Pedagogy Practice

Prague 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená rigorózní práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne *Jméno autora:*.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vážené paní doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. a vážené paní PhDr. Olze Opekarové, Ph.D. za poskytnutí odborných informací, které obohatily tuto práci o cenné poznatky ze SPPG praxe.

Anotace

Tato rigorózní práce se zabývá pohledem speciálního pedagoga a fyzioterapeuta v jedné osobě, s dlouholetou odbornou praxí v oboru fyzioterapie, přičemž se autor snaží odborné klinické poznatky interdisciplinárně aplikovat ve SPPG praxi.

Práce nabídne teoretický podklad interdisciplinárnosti zmíněných oborů, vybrané metody fyzioterapie a jejich praktické využití ve SPPG praxi. Dále několik širokospektrých případových studií z oboru SPPG, kde jsou demonstrovány v terapeutické intervenci vybrané metody fyzioterapie a popsán výsledný efekt.

Práce je dále obohacena o „předvýzkum“, který byl adresován odborné SPPG veřejnosti a o dva rozhovory s odborníky ze SPPG praxe.

Klíčové pojmy:

Bobath koncept; DNS; Fyzioterapie; Hiporehabilitace; Měkké a mobilizační techniky; Propojení SPPG a fyzioterapie; Speciální pedagogika; SPPG „pedie“; SPPG praxe; Vojtova metoda; Vybrané metody fyzioterapie; Vybrané metody PNF.

Annotation

This rigorosum thesis follows up the views of a special pedagogist and a physiotherapist in one person, with a long professional experience in the sphere of physiotherapy, while the author tries use and applied the clinical knowledge in Special pedagogy practice interdisciplinary.

The thesis provides a theoretical basis of these spheres and also provides selected methods of physiotherapy and their practical use in Special pedagogy practice.

In addition, several multispectral case studies from Special pedagogy branches, which are demonstrated in therapeutic intervention, selected methods of physiotherapy, and finally describing the consequential effect of this application.

Furthermore, this rigorosum thesis is enriched about the "preliminary research", which was addressed to the specialists from Special pedagogy branches, and also about two exclusive interviews with specialists, who have very valuable experiences within the Special Pedagogy practice.

Key words:

Bobath concept; Chosen methods of physiotherapy; Chosen methods of proprioceptive neuromuscular facilitation; Connection of Special pedagogy and physiotherapy; Dynamic neuromuscular stabilization; Hiporehabilitation; Physiotherapy; Special pedagogics; Special pedagogy branches; Special pedagogy practice; Soft and mobilization techniques; Vojta's methods; Suggestions for Special pedagogy.

OBSAH

ÚVOD	15
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 Fyzioterapie.....	17
1.1 Charakteristika a vymezení pojmů	17
1.2 Ucelená rehabilitace	18
1.3 Historický vývoj oboru a zajímavosti	21
1.4 Cíle, úkoly a prostředky u fyzioterapie	22
2 Speciální pedagogika.....	25
2.1 Charakteristika oboru	25
2.2 Historie a zajímavosti speciální pedagogiky	27
2.2.1 Vývoj v názvu označení oboru	28
2.2.2 Významní představitelé speciální pedagogiky z hlediska vývoje oboru.....	28
2.3 Přístupy speciální pedagogiky k jedinci- stručný historický přehled.....	29
2.3.1 Represivní přístup	29
2.3.2 Charitativní přístup	30
2.3.3 Humanistický přístup	30
2.3.4 Rehabilitační přístup	30
2.3.5 Preventivně-integrační přístup.....	31
2.3.6 Inkluzivní přístup	31
2.4 Dělení speciální pedagogiky – SPPG disciplíny	31
2.5 Terminologie SPPG- stručné vymezení pojmů	32
2.5.1 Norma	32
2.5.2 Normalita	33
2.5.3 Abnormalita	33
2.5.4 Vada, porucha, defekt, handicap.....	33
2.5.5 Socializace	33
2.5.6 Segregace	34
2.5.7 Inkluze.....	34

2.6	Principy, zásady a metody SPPG- stručný přehled	34
2.6.1	Principy	34
2.6.2	Zásady	35
2.6.3	SPPG metody terapie	35
	Reedukace.....	35
	Kompenzace	36
	Rehabilitace	36
3	Propojení speciální pedagogiky a fyzioterapie	37
3.1	Somatopedie a propojení s fyzioterapií	38
3.1.1	Klasifikace vad, tělesných postižení a zdravotních oslabení.....	39
3.1.2	Poruchy hybnosti-mobility.....	39
3.1.3	Deformace.....	41
3.2	Vybrané diagnózy somatopedie	42
3.2.1	Dětská mozková obrna (DMO).....	42
3.2.2	Epilepsie.....	43
3.2.3	Roztroušená skleróza mozkomíšni (RS).....	44
3.2.4	Cévní mozková příhoda (CMP).....	45
3.2.5	Míšni léze.....	45
3.2.6	Vadné držení těla (VDT) a skoliózy	46
3.3	Psychopedie a propojení s fyzioterapií.....	47
3.4	Vybrané diagnózy psychopedie.....	49
3.4.1	Downův syndrom.....	49
3.4.2	Poruchy autistického spektra	49
3.4.3	Neurózy a psychózy.....	51
3.5	Etopedie a propojení s fyzioterapií.....	52
3.5.1	Nejdůležitější vzorce chování	53
3.5.2	Převýchovný proces	54
3.5.3	Instituce ústavní péče zajišťující reedukaci	55
3.6	Vybrané diagnózy etopedie	56
3.6.1	Závislosti.....	56
3.6.2	Sexuální deviace	57

3.7	SVPŠD a propojení s fyzioterapií	58
3.8	Vybrané „diagnózy“ ve spojitosti se SVPŠD	59
3.8.1	Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD).....	60
3.8.2	Attention Deficit Disorder (ADD)	61
3.8.3	Oppositional Defiant Disorder (ODD).....	61
3.9	Logopedie a propojení s fyzioterapií	61
3.9.1	Důležité pojmy	62
3.9.2	Vývoj řeči	62
3.10	Vybrané diagnózy v logopedii	67
3.10.1	Obrna lícního nervu - n. facialis	67
3.11	Surdopedie a propojení s fyzioterapií	68
3.11.1	Formy komunikace neslyšících jedinců	70
3.12	Tyflopedie a propojení s fyzioterapií	72
3.12.1	Poruchy úplného vidění	73
	PRAKTICKÁ ČÁST	76
	4 Cíle práce, hypotézy, použité metody a harmonogram	
	postupu.....	76
4.1	Sestavené cíle	76
4.2	Sestavené hypotézy	77
4.3	Použité metody a design výzkumného šetření	78
4.3.1	Dotazníkové šetření	78
4.3.2	Rozhovory	79
4.3.3	Kazuistika	80
4.4	Harmonogram postupu a realizace výzkumného šetření..	81
4.4.1	Přípravná fáze	81
4.4.2	Realizační fáze	81
4.4.3	Vyhodnocovací fáze.....	82
	5 Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciální	
	pedagogice.	83
5.1	Využití hiporehabilitace ve speciální pedagogice	83
5.2	Charakteristika hiporehabilitace a okruhy	83
5.2.1	Hipoterapie.....	84

5.2.2	Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění.....	84
5.2.3	Parajezdeckví	84
5.3	Význam a působící prvky hiporehabilitace	85
5.3.1	Specifické prvky	85
5.3.2	Nespecifické prvky	86
5.3.3	Využití ve speciálně pedagogické praxi	86
5.4	Požadavky na koně v jednotlivých odvětvích hiporehabilitace	87
5.4.1	Požadavky na koně v hipoterapii	88
5.4.2	Požadavky na koně v AVK a TVKPP	88
5.4.3	Požadavky na koně v parajezdeckví	88
5.5	Pozitivní vliv metodiky na jedince vyplývající z diplomové práce, závěry..	89
5.6	Vybrané metody PNF	93
5.6.1	Vojtova metoda.....	93
Teoretická východiska metodiky.....	94	
Využití metodiky	94	
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky	98	
5.6.2	Bobath koncept	100
Teoretická východiska metodiky.....	101	
Využití metodiky	101	
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky	102	
5.6.3	Metoda Roswithy Brunkow	106
Teoretická východiska metodiky.....	107	
Využití metodiky	108	
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi- vybrané ukázky	118	
5.6.4	Dynamická Neuromuskulární Stabilizace (DNS).....	122
Teoretická východiska metodiky.....	123	
Využití metodiky	123	

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi- vybrané ukázky	126
5.6.5 Metoda senzomotorické stimulace.....	129
Teoretická východiska metodiky.....	130
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi- vybrané ukázky	130
5.6.6 BOSU	137
5.6.7 Airex	139
5.6.8 Velký gymnastický míč	141
5.6.9 Korigovaný sed	142
5.6.10 Malý gymnastický míč.....	143
5.6.11 Trampolína.....	144
5.6.12 Brügger koncept.....	145
Teoretická východiska metodiky.....	145
Využití metodiky	146
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky	148
5.6.13 Kenny koncept	150
Teoretická východiska metodiky.....	150
Využití metodiky	151
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky	153
5.7 Měkké a mobilizační techniky	160
Teoretická východiska metodiky.....	161
Využití metodiky	162
Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky	163
5.7.1 Ošetření měkkých tkání - posunlivost, protažlivost....	164
5.7.2 Postizometrická relaxace a její modifikace - AGR.....	165
5.7.3 Mobilizace - automobilizace.....	168
5.7.4 Trakce	172
5.7.5 Ošetření jizvy.....	174

5.7.6	Black Roll koncept.....	175
	Teoretická východiska metodiky.....	175
	Využití metodiky.....	176
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	177
5.7.7	Míčková facilitace.....	178
	Teoretická východiska metodiky.....	178
	Využití metodiky.....	179
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	180
5.7.8	Jóga.....	181
	Teoretická východiska metodiky.....	182
	Využití metodiky.....	183
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	183
5.8	Dechová gymnastika.....	191
	Teoretická východiska metodiky.....	192
	Využití metodiky.....	192
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	193
5.8.1	Statická DG.....	194
5.8.2	Dynamická DG.....	194
5.8.3	Relaxační a úlevové polohy DG.....	196
5.8.4	Lokalizované dýchání.....	197
5.8.5	Autogenní drenáž.....	198
5.8.6	Alternativní DG.....	199
5.9	Autogenní trénink a relaxace.....	200
5.9.1	Schultzův autogenní trénink.....	201
	Teoretická východiska metodiky.....	201
	Využití metodiky.....	202
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	202

5.9.2	Jacobsonova progresivní relaxace.....	204
	Teoretická východiska metodiky.....	204
	Využití metodiky.....	205
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	206
5.10	Akupresura.....	207
	Teoretická východiska metodiky.....	207
	Využití metodiky.....	209
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	211
5.11	Kinesiotaping.....	217
	Teoretická východiska metodiky.....	217
	Využití metodiky.....	218
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	221
5.12	Metoda Castillo-Morales.....	231
	Teoretická východiska metodiky.....	231
	Využití metodiky.....	232
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	233
5.13	Koncept konduktivní podpory: Petö.....	234
	Teoretická východiska metodiky.....	234
	Využití metodiky.....	235
	Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky.....	236
6	Kazuistiky.....	237
6.1	Hiporehabilitace a SPPG praxe.....	237
6.1.1	Specifické vývojové poruchy školních dovedností.....	237
6.1.2	Oblast psychiatrie.....	240
6.1.3	Neurologické indikace.....	245
6.2	Vybrané metody PNF a SPPG praxe.....	250
6.2.1	Somatopedie a SVŠD.....	250

6.3	Vybrané metody fyzioterapie a SPPG praxe.....	254
6.3.1	Kombinované vady - somatopedie, psychopedie a logopedie.....	254
7	Analýza dat	259
7.1	Vyhodnocení dotazníku č. I.....	259
8	Interpretace výsledků a diskuze.....	273
8.1	Interpretace výsledků	273
8.2	Diskuze.....	284
ZÁVĚR	288	
RESUMÉ	290	
RESUME	291	
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	292	
SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ.....	298	
SEZNAM PŘÍLOH	299	

ÚVOD

Tuto rigorózní práci bych si dovolil zahájit citátem moudrého filozofa, jenž položil základy západní filozofii.

*„Právě tak, jako byste se neměli pokoušet léčit oči
bez hlavy a hlavu bez těla, neměli byste léčit tělo bez duše!“*

- Sokrates -

Tak jak pravil klasický řecký filozof, že nelze léčit hlavu bez těla a tělo bez duše, je dle mého názoru nutno zaujmout stanovisko v mnohých problematikách, jimiž se zabýváme. Nejsem, doufám, daleko od pravdy, když si dovolím tuto myšlenku podpořit přeneseně i v našem případě.

Nelze na danou věc, v jakékoliv problematice, zaujmout postoj čistě jednotvárný z jednoho oboru, ale je potřeba reálně respektovat interdisciplinární propojení zdánlivě nesouvisících skutečností. Jsem zastáncem komplexního a uceleného přístupu, a tedy „neléčit jen tělo, ale i duši“, s využitím všech dostupných možností.

Tuto zkušenost bych rád využil i v případě předložené rigorózní práce teoreticky- empirického charakteru, nesoucí název „Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciálně pedagogické praxi“.

Hlavní myšlenkou této práce je selektovat a komplexně definovat metody z oboru fyzioterapie, které lze využít ve SPPG praxi. Tyto vybrané a pro SPPG dostupné metody uceleně a prakticky aplikovat tak, aby se mohly stát nápomocné v systému komplexní péče o jedince, jež vyžadují speciálně pedagogický přístup. Dále vnést do systému SPPG ucelené terapeutické intervence, další interdisciplinární impulzy- v našem případě empirické poznatky z klinické praxe oboru fyzioterapie.

V současné době je početná skupina z řad speciálních pedagogů předchozím vzděláním zdravotně zaměřena např. fyzioterapeuté, ergoterapeuté, zdravotní sestry, atd. Sám jsem původním vzděláním fyzioterapeut, proto mě tyto skutečnosti přivedly na fakt, že bych mohl vytvořit práci, která by prolнула dva, na první pohled zdánlivě nesouvisící obory, speciální pedagogiku a fyzi-

oterapii. Myšlenkou je tedy vybrat takové metody, které by našly své upotřebení ve SPPG praxi a staly se „metodou další volby“ ve slibně rozvíjejícím se vzorci systému komplexní péče.

Speciální pedagog nemusí dané metodologické základy ovládat odborně tak, jako zkušený fyzioterapeut, ale měl by své obzory vzdělání a poznání rozšířit tak, aby po kvalitní diagnostice, následném poradenství a interdisciplinární terapeutické intervenci, mohlo dojít společnými silami k nejdůležitějšímu- k co nejvyššímu možnému stupni socializace a upotřebení jedince, jež vyžaduje speciálně pedagogický přístup, čímž dojde ke zkvalitnění životního procesu.

Koncept SPPG vychází z lékařských oborů, a proto se speciální pedagogika s fyzioterapií, dle mého názoru velmi prolíná, tím pádem se může stát tato interdisciplinární terapeutická kooperace ještě účinnější.

Pokud tedy lze efektivně možnosti SPPG využít ve fyzioterapii, proč nevytvořit určitý souhrn základní metodologie, který by z pohledu fyzioterapie mohl do SPPG vnést nové poznatky?

TEORETICKÁ ČÁST

1 Fyzioterapie

„Komukoli prospěti můžeš, prospívej rád, možno-li celému světu.

Sloužiti a prospívati je vlastnost povah vznešených.“

- Jan Amos Komenský -

Na úvod této části je nezbytně nutné seznámení s oborem fyzioterapie, abychom se mohli lépe orientovat v dané problematice, vymezili si význam a působící prvky a osvojili si určité pojmy, pojící se s oborem speciální pedagogiky.

1.1 Charakteristika a vymezení pojmů

Pokud bychom měli vyjádřit termín fyzioterapie, jedná se o obor léčebné (medicínské) rehabilitace.

Původ slova *Physiotherapia* je z řeckých slova *Fysis*, jakožto přírodní síla a *Therapeiá*, tedy poskytnutí léčení.

Zjednodušeně se jedná o část rehabilitace, jež se zabývá léčbou v úrovni pohybového a neuromuskulárního systému. Můžeme také říci, že se jedná o stále se rozvíjející zdravotní obor moderní medicíny, který je zaměřený na diagnostiku a následnou terapii funkčních či strukturálních poruch pohybového systému. V komplexním přístupu léčby využíváme fyzioterapeutické metodiky a postupy, cíleně ovlivňující funkce tělesného systému, včetně funkcí psychických. Jednotlivé koncepty a přístupy fyzioterapie se opírají především o znalosti z oblasti anatomie, fyziologie, kineziologie a neurofyziologie. Jako obor se tedy uplatňuje ve všech oborech medicíny.

Např. již Javůrek (1999) prezentoval, že léčebná rehabilitace stanoví taková opatření, která mohou normalizovat somatický nálezn u tělesných poruch a která obnovují psychickou rovnováhu u poruch adaptability a to v daném prostředí pracovním, rodinném, sociálním. Někdy je nutné přijmout i určitá omezení, vztahující se k sebeuplatnění nemocného či postiženého.

Tím léčebná rehabilitace vymezuje obsah zdraví a psychofyzické rovnováhy, což vlastně odpovídá pojmu částečné zdraví při potřebném stávajícím tělesném, duševním a sociálním omezení (i jednonohý může být zdravý).

Kolář et al. (2009) nastiňuje rehabilitaci jako historicky používaný pojem širokého významu, kdy jde o koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Proces samozřejmě zahrnuje problematiku zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou.

WHO (World Health Organization) dle Koláře et al. (2009) definuje v roce 1969 rehabilitaci jako určitou kombinovanou a koordinovanou instanci, která využívá lékařské, sociální, výchovné a pracovní prostředky pro znovuzískání co nejvyššího možného stupně funkčních schopností. WHO tuto definici v roce 1981 rozšiřuje- rehabilitace obsahuje všechny prostředky, směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita, následný handicap a usiluje o začlenění „postiženého“ do společnosti.

1.2 Ucelená rehabilitace

Současné pojetí rehabilitace jedinců se zdravotním postižením používá pojem ucelená, komplexní či komprehensivní rehabilitace.

Ucelenou rehabilitaci lze chápat jako koordinovaný a vzájemně propojený cílený proces, kde je náplní především minimalizace přímých i nepřímých důsledků zdravotního postižení jedinců, u nichž je cílem harmonizace životního cyklu a začlenění do společnosti.

Cílovou skupinou jsou jedinci se zdravotním omezením, u kterých došlo, ať již v důsledku vrozené vady, onemocnění či úrazu, k omezení aktivního života a možnému začlenění do společnosti.

Dle charakteru prostředků, které využíváme, můžeme rehabilitaci nejčastěji rozčlenit do oblastí léčebné rehabilitace, pracovní rehabilitace, sociální rehabilitace a pedagogické rehabilitace. Toto rozdělení je čistě z didaktických důvodů, protože v praxi tyto oblasti rozdělit nelze. Vždy by totiž mělo docházet ke vzájemnému a vyváženému využití veškerých prostředků dle jednotlivých potřeb.

Eminentně důležitým faktorem, co se poskytování kvalitní komplexní rehabilitace v jednotlivých oblastech týče, je dodržování určitých principů, kterými jsou především včasnost, koordinovanost, komplexní přístup, dostupnost, individuální přístup k jedinci, multidisciplinární a interdisciplinární hledisko- úzká spolupráce mezi jednotlivými obory.

Javůrek (JAVŮREK, 1999) dělí ucelenou rehabilitaci následujícím způsobem:

Léčebná rehabilitace: Jedná se o soustavu lékařských, diagnostických, léčebných metod a prostředků, zaměřujících se na odstranění poruch funkce a následků chorob, úrazů či vrozených vad, ve vzorci krátký časový úsek a co největší rozsah ovlivnění.

Legislativní opatření: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu, v platném znění.

„V případě, že je léčebná rehabilitace poskytnuta včas, až jedna třetina osob po těžkém úrazu nebo onemocnění využije pouze léčebnou rehabilitaci a vůbec se nedostane do celého systému komplexní rehabilitace (sociální, pracovní, pedagogické). Vrací se zpět do původního prostředí a zaměstnání, tedy do původní kvality života.“ (KOLÁŘ et al., 2009, str. 2)

Pracovní rehabilitace: Vrací a připravuje jedince se zdravotním postižením do pracovního procesu. Hlavním cílem je zajištění vhodného zaměstnání u jedinců, kteří mají změnu v pracovní schopnosti. Odbornou intervencí se hledají možné cesty při volbě povolání, informuje jedince o možnostech pracovního uplatnění. Pracovní rehabilitace se snaží poskytnout přípravu na povolání, pomáhá zvýšit potřebnou kvalifikaci a poskytuje také pracovní právní ochranu. Snahou pracovní rehabilitace je tedy plná integrace jedince se zdravotním postižením.

Legislativní opatření: Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění.

Sociální rehabilitace: Jedná se o soubor opatření zajišťující optimální začlenění jedince do společnosti, za využití všech dostupných institucí, zákonů, předpisů, směrnic. Řeší především situace těžce postižených jedinců, kteří si zajistit harmonický život nemohou a nemohou se ani aktivně zapojit do pra-

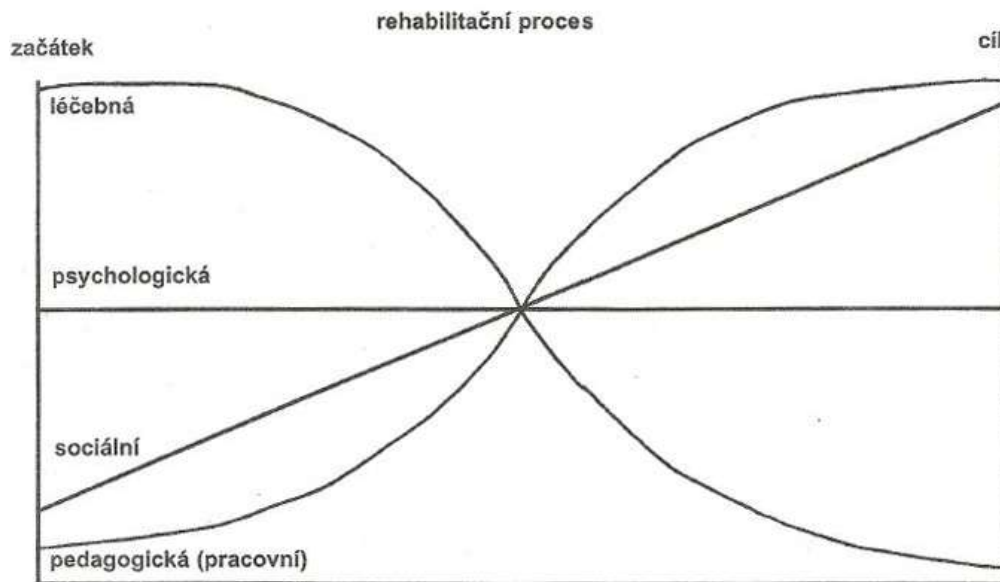
covního procesu. Do této oblasti můžeme řadit také nastavení životních podmínek, odstranění architektonických bariér, zajištění společenských výhod a zřizování pečovatelské péče. Na rozvoji sociální rehabilitace se velkou měrou podílely zejména nestátní neziskové organizace, zdravotnická zařízení a nadace.

Legislativní opatření: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pedagogická rehabilitace: Jde o cílenou, výchovnou a vzdělávací péči s cílem uplatnit jedince v pracovním procesu a společnosti. Dochází k zajišťování odpovídajících podmínek a prostředí - zřizování speciálně pedagogických škol pro jedince, jež speciálně pedagogický přístup vyžadují.

Pedagogická rehabilitace tedy pomocí podpůrných opatření uskutečňuje co nejvyšší možné vzdělávání jedinců při respektování jejich individuálních potřeb, k podpoře jejich soběstačnosti, samostatnosti a zapojení se do aktivit denního života.

Legislativní opatření: Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání – školský zákon.



Obrázek 1: Schéma rehabilitačního procesu dle Javůrka (JAVŮREK 1999, str. 39)

Schéma vyjadřuje intenzitu průběhu jednotlivých úseků rehabilitace - těžiště práce od počátku spočívá na léčebné rehabilitaci. Význam postupně ubývá a naopak se zvyšuje význam pedagogické a pracovní rehabilitace. Pro

úspěšnou resocializaci jedince je předpoklad dobře fungujícího vzájemného respektování jednotlivých oblastí rehabilitace v komplexním přístupu.

1.3 Historický vývoj oboru a zajímavosti

Významných mezníků a událostí, které ovlivnily vývoj lékařských věd a rehabilitace je takové množství, že bychom na toto téma mohli sepsat samostatné dílo. Naším cílem proto bude nastínění historického vývoje ve stručnosti, pro velmi základní a komplexní přehled.

Z literatury od D. Pavlů (2003) se dá vyčíst, že již u starověkých řeckých a římských učenců – Hippokrates, Aristoteles, Herophilus, Erasistratus, Plato, Galén, nacházíme řadu prvních myšlenek o funkci mozku, nervech a vlivu tělesných cvičení na člověka.

Ve středověku významný arabský lékař řečený Avicenna, využíval tělesných cvičení v rámci léčby různých chorob. Přes Leonarda Da Vinci, který pořídil v 15. stol. celou řadu anatomických obrázků z podrobných pitev, se posuneme dále.

Javůrek (1999): první zmínky o rehabilitaci, v moderním slova smyslu byly popsány v generální kapitule cisterciáckého řádu.

Již v 18. stol. vznikala potřeba uskutečnit zvláštní péči pro jedince s různým postižením. Zřizovaly se první ústavy, např. pro slepé, hluchoněmé či tělesně postižené.

Ve smyslu léčebném, použil v 19. stol. Ritter von Buss pojem rehabilitace, kdy rehabilitace obsahovala také složku sociální.

Během první světové války a následně druhé, potřeba rehabilitace výrazně vzrostla. Celé řady zraněných a zmrzačených mladých vojáků se vracely z bojů a bylo nutné se o těžce postižené jedince postarat.

Některé vybrané mezníky:

- V roce 1913 zakládá prof. Rudolf Jedlička Ústav pro zmrzačené v Praze – již moderní rehabilitační léčba.
- Za 2. světové války byla vypracována rehabilitační péče Ludwigem Guttmanem, který ve Stoke u Londýna zřídil rehabilitační centrum. Zde

se také každoročně pořádala světová sportovní klání jedinců s postižením.

- Podnět během 2. světové války přichází také z USA, kdy prezident F. D. Roosevelt trpěl poliomyelitidou, a proto propagoval každodenní cílené cvičení. Díky pravidelnému cvičení a dobré kondici mohl setrvat ve vysoké politické funkci.
- Po 2. světové válce byla vytvořena ústavní péče u nás. Např. Státní rehabilitační ústav Kladruby, Státní rehabilitační ústav v Hrabyni u Opavy.

Moderní fyzioterapii, jak ji známe v dnešní podobě, položilo základy několik významných odborníků, jejichž jména a metody používáme v rehabilitační praxi denně. Byli jimi:

- Prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc., první rehabilitační lůžkové oddělení ve FN Vinohrady Praha, zakladatel veledůležitých svalového funkčního testu.
- Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. – klinika rehabilitačního lékařství na 1. lékařské fakultě v Praze.
- Prof. MUDr. Jan Javůrek, DrSc. – klinika rehabilitačního lékařství na 2. lékařské fakultě v Praze.
- Prof. MUDr. Václav Vojta, zakladatel Vojtovy metody - reflexní otáčení a plazení.
- Prof. MUDr. Karel Lewit, měkké a mobilizační techniky ve fyzioterapii.
- Doc. MUDr. František Velé, funkční kineziologie ve fyzioterapii.
- Prof. PaedDr. Pavel Kolář- současný pokračovatel a odborník, který navázal na práci výše zmíněných odborníků, zakladatel dynamické neuromuskulární stabilizace (PAVLŮ, 2003), (JAVŮREK, 1999)

1.4 Cíle, úkoly a prostředky u fyzioterapie

Cílem rehabilitace je vždy maximálně možné uzdravení jedince, či v lepším případě předcházení komplikacím, proto je význam fyzioterapie na poli rehabilitace nepostradatelný. Využíváme metodiky a postupy

z jednotlivých oborů, jež bychom měli vždy zařazovat v rámci komplexnosti terapie.

„Komplexnost v rehabilitaci znamená především včasnost a návaznost jednotlivých oblastí (léčebné rehabilitace, sociální rehabilitace, vzdělávání a pracovní rehabilitace). Poskytování rehabilitace v celé její šíři je důležité nejen pro samotnou osobu se zdravotním postižením, ale i pro celou společnost. Efektivním využitím ze všech dostupných prostředků rehabilitace a nácvikem potřebných dovedností se osoba se zdravotním postižením stává méně závislou na pomoci jiných a v mnoha případech je schopna se zapojit odpovídajícím způsobem do pracovního procesu, což pro ni znamená nejen větší míru ekonomické nezávislosti, ale také posílení její občanské suverenity.“ (KOLÁŘ et al., 2009, str. 8)

Důležité je zde také zmínit termín prevence. Ta má úlohu významnou a obsahuje tři fáze.

Primární fáze: ta vzniku nemoci předchází.

Sekundární fáze: problém již vznikl, snažíme se tedy zabránit progresi zdravotního stavu z onemocnění primárního.

Terciární fáze: zaměření se na prevenci progresu vzniklých následků onemocnění, handicapů, dysfunkcí, vad.

Pokud bychom si měli říci něco o úkolech rehabilitace, výstižně je popisuje Javůrek (1999), který líčí hlavní úkoly léčebné rehabilitace takto:

- diagnostika a hodnocení morfologických a funkčních poruch. Účel je optimální realizace funkčního procesu
- funkční diagnostika a ergodiagnostika pro posouzení pracovní schopnosti
- léčba indikovaných onemocnění a stavů po úrazech nebo operacích
- léčba následků chronických chorob či vrozených vad s cílem zachování funkční schopnosti
- nácvik kompenzačních schopností
- prevence a zpomalení dekompenzačních somatických funkcí
- zastavení progresu sekundárních změn

- opatření ke kompenzaci ztracených funkcí pomocí pomůcek a výcvik jejich používání
- psychosociální rozbor

Co se základních prostředků týče, hovořit budeme především o prostředcích funkčně diagnostických, terapeutických, kompenzačních a substitučních.

Funkčně diagnostické prostředky využívají fyzikálních metod, kineziologických vyšetření, zátěžových testů, ergodiagnostiky atd.

Terapeutické prostředky se zabývají zejména reedukací postižené funkce či kompenzací postižené části jinou, převážně zde hraje roli prevence a terapie sekundárních změn.

Kompenzační a substituční prostředky, zde především technické prostředky, zahrnují všechny možnosti moderní techniky, při dlouhodobém nebo trvalém postižení, usnadnění a zmírnění společenských důsledků.

Další možné prostředky jsou speciální hybné léčebné metody, fyzikálně terapeutické postupy, léčba prací včetně nácviku všedních dovedností, cílená léčba prací zaměřená k pracovnímu zaměření, psychosociální vedení s následným ovlivněním návyků nemocného, reedukace dorozumívacích schopností v případě jejich ztráty, sport tělesně postižených a jejich cíleně řízená rekreace. (KOLÁŘ et al., 2009)

2 Speciální pedagogika

*„Naši učitelé nesmějí být podobni sloupům u cest,
jež pouze ukazují, kam jít, ale samy nejdou.“
- Jan Amos Komenský -*

U cílové skupiny čtenářů (SPPG veřejnost odborná i laická) předpokládáme znalost a orientaci v oboru, proto bude tato kapitola brána propedeuticky a ucelena telegraficky tak, aby poskytla stručný komplexní přehled.

V kapitole se především zaměříme na charakteristiku oboru, vymezíme si pojmy se speciální pedagogikou spojené a na základě historického vývoje si osvojíme důležitá fakta, přístupy a mezníky oboru. Také si stručně osvětlíme základní terminologii a zmíníme principy, zásady a metody terapie.

2.1 Charakteristika oboru

Speciální pedagogiku můžeme označit jako vědu poměrně mladou, neboť její základy nejsou systematicky budovány tak dlouho, jako v oborech či vědách jiných. Můžeme ji také prohlásit za obor humanitní a jako vědu, která se v dnešní době neustále vyvíjí.

„Speciální pedagogika je disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.“(SLOWÍK, 2007, str. 15)

V předchozí definici byly zmíněny pojmy výchova a vzdělávání, což by mohlo vést k názoru, že se speciální pedagogika zabývá především dětmi a dospívajícími jedinci. Tento názor by však nebyl korektní, protože se SPPG zabývá také dospělými jedinci včetně seniorů a dále trendem celoživotního vzdělávání a osobnostního rozvoje. Proto je tedy platná pro všechny generační skupiny, včetně jedinců handicapovaných.

Obzvláště ve speciální pedagogice je velmi patrná interdisciplinární spolupráce v přístupu ke znevýhodněným osobám, oproti jiným vědním oborům. Díky tomuto propojení je humanitní obor, jakým speciální pedagogika je,

úzce spjat také s medicínou. Vždyť vlastně speciální pedagogika z medicíny také vychází.

Zapřemýšlíme-li a zapátráme-li historií, zjistíme, že řada průkopníků oboru speciální pedagogiky, vycházela z poznatků medicíny či své původní lékařské profese.

Slowík (2007) uvádí, že nemůže nikoho překvapit, že se speciální pedagogika opírá o poznatky biologie člověka a medicíny, a také uvádí, že historicky speciální pedagogika z medicíny vlastně vychází. Zmiňuje také, že mnozí průkopníci speciální pedagogiky vyšli ze své původní lékařské profese.

Tyto skutečnosti, tedy výše uvedené názory o propojení speciální pedagogiky a medicíny potvrzují.

Musíme také zmínit, že speciální pedagogika vždy usilovala o nápravu, kompenzaci a léčbu vad a poruch. Tyto fakta dokládá např. tzv. rehabilitační přístup, který byl charakteristický pro období přelomu 19. a 20. století a dozníval až koncem osmdesátých let. Přístup propojoval léčbu s výchovou a vzděláváním a usiloval o „re-habilitaci“ - „znovu uschopnění“ handicapovaného jedince pro život v běžné společnosti. (SLOWÍK, 2007)

Pokud už hovoříme o rehabilitaci, např. Vysokajová (2000) nahlíží na rehabilitaci jako na časově ohraničený cílený proces, který má umožnit postiženému člověku dosáhnout optimální mentální, fyzické a sociálně funkční úrovně k tomu, aby mohl stabilizovat, či změnit svůj život - má na mysli dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Pod pojem rehabilitace zahrnuje také opatření určená pro kompenzaci funkční ztráty nebo funkčního omezení, a to nejen speciálně pedagogického rázu, ale také další prostředky určené k usnadnění společenské adaptace a readaptace.

Co je vlastně předmětem a cílem speciální pedagogiky? Tuto otázku nám zodpovídá přehledně Pipeková et al. (1998), která popisuje, že cílem speciální pedagogiky je maximální rozvoj osobnosti člověka s postižením a dosažení maximální úrovně jeho socializace.

Nastiňuje také, že SPPG je jednou z velmi významných pedagogických disciplín, která je orientovaná především na výchovu a vzdělání, na pracovní a

společenské možnosti zdravotně a sociálně znevýhodněných osob a na řešení výzkumných problémů oboru.

Speciální pedagogiku chápe v užším slova smyslu jako vědu o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje při vzdělávání speciálně pedagogický přístup a podporu při společenském a pracovním uplatnění.

Z jejího pohledu je předmětem především znevýhodněná osoba, ať už zdravotně či sociálně, která potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, v oblasti pracovní a především v uplatnění společenském.

Novotná a Kremličková (1997) speciální pedagogiku chápou jako pedagogický obor, který sleduje komplexní rozvoj osobnosti jedince s ohledem na jeho speciální výchovné a vzdělávací potřeby v oblasti fyzické, psychické a sociální.

Zmiňují také nutnost propojení oboru v souladu s definicí dle Světové zdravotnické organizace (WHO), kdy zdraví chápeme jako stav úplné tělesné, duševní a psychické pohody, tedy nejen nepřítomnost choroby. Tímto vymezením se překonává pouze biologický pohled na nemoc, omezení či znevýhodnění a zvýrazňuje nutnost nahlížet na člověka jako na celistvou osobnost, a to především komplexně.

Musíme také zmínit fakt, že pojetí speciální pedagogiky, co se obsahu, rozsahu i postavení týče, je u nás i v zahraničí značně nejednotné a nejsou v oboru ustálené přístupy, či metody. Touto problematikou se zabývá obor komparativní speciální pedagogika, která srovnává pojetí speciální pedagogiky v ČR a v zahraničí.

2.2 Historie a zajímavosti speciální pedagogiky

Když se poohlédneme v historii speciální pedagogiky o několik vývojových etap zpět, zjistíme zajímavá fakta. Především co se pojetí a přístupu týče. V letech minulých byla speciální pedagogika zaměřena především na problematiku speciálního vzdělávání a profesní přípravu. Současné pojetí speciální pedagogiky se soustředí především na problematiku znevýhodněného jedince od raného věku po stáří a snaží se jedince za využití všech dostupných

prostředků či metodik, díky komplexnímu přístupu a interdisciplinární kooperaci, co nejvíce stabilizovat a poskytnout jedinci kvalitní životní podmínky.

2.2.1 Vývoj v názvu označení oboru

Pipeková et al. (1998) nastiňuje situaci vývoje speciální pedagogiky celkem zajímavě, kdy uvádí, že pojem speciální pedagogika se v historii značně pozměňoval a neustále specifikoval. Popisuje, že ve vývoji názvu speciální pedagogiky jsme se u nás mohli setkat s termíny jako pedopatologie, duševně úchylné děti, léčebná pedagogika, nápravná pedagogika či defektologie.

Také uvádí, že finální označení speciální pedagogika se u nás ustálilo v období 70. let 20. století. Ve světě není pojmenování tohoto vědního oboru jednotné, po obsahové stránce jsou však přístupy oboru velmi blízké.

Jako osobu, která poprvé užila termín speciální pedagogika u nás, označuje Bohumíra Popeláře, který v roce 1957 tento termín zmínil poprvé. Od roku 1973 termín začal užívat také významný český speciální pedagog Miloš Sovák.

2.2.2 Významní představitelé speciální pedagogiky z hlediska vývoje oboru

- František Čáda (1865-1918), hlavní představitel pedologického směru, psycholog. Objasňoval význam pedologické teorie pro praktickou aplikaci v péči o mládež. Pedologie se zaměřovala na jedince, jež se vymykali běžně přijatelným normám. Z tohoto směru se později vyvinula tzv. pedopatologie, v níž právě prof. Čáda vynikal.
- Jan Mauer (1878-1937), zavedl u nás název nápravná pedagogika, který měl vyvážit hledisko medicínské, v oblasti pedopatologie. Pokoušel se léčit a napravovat nedostatky u znevýhodněných jedinců.
- Josef Zeman (1867-1961), všestranně zaměřený speciální pedagog. Působil na ministerstvu školství a národní osvěty. Zasloužil se o praktickou stránku oboru, kdy se nejvíce přičinil o vybudování sítě „pomocného školství“ tj. speciálního školství.
- František Štampach (1895-1976), antropolog, který se pokusil vymezit obecnou teorii pro nápravu „vad a chorob mládeže“. Tzv. sociální peda-

gogika, kterou užíval, byla zaměřena na oblast ochranné, nápravné a léčebné výchovy mládeže tělesně, duševně a mravně narušené.

- Miloš Sovák (1905-1989), lékař, zakladatel České logopedické společnosti, nejvýznamnější osobnost oboru u nás, a také první vedoucí katedry speciální pedagogiky na PF UK. Obor významně ovlivnil nejen teoreticky, ale také prakticky. Zasloužil se také o to, že vyprofiloval jednotlivé disciplíny speciální pedagogiky tak, jak je známe v dnešní podobě, tedy do jednotlivých „pedií“. Prosadil se např. o bezplatné přidělování sluchadel pro jedince s vadami sluchu, prosazoval psaní levou rukou u levorukých jedinců atd. (PIPEKOVÁ, 2006)

2.3 Přístupy speciální pedagogiky k jedinci- stručný historický přehled

S vývojem společnosti se také vyvíjely názory na znevýhodněné jedince. Jejímž výsledkem je dnešní moderní přístup- integrace jedince se znevýhodněním do školských zařízení a do společnosti.

Stručný přehled chronologického vývoje přístupu k jedinci se znevýhodněním (TITZL, 2000 in SLOWÍK, 2007):

2.3.1 Represivní přístup

Již u starověkých civilizací Řecka, Říma, Mezopotámie, Babylonu, nacházíme v systému zákonů velmi přísná opatření, která zaručují povinnou péči a ochranu nejen ze strany rodiny, ale i v případě potřeby obce či státu. Celá řada archeologických nálezů dokládá, že ve starověku přežívali těžce postižení jedinci, vyžadující vyšší míru péče a dokonce byly popsány různé záznamy o lékařských zákrocích.

Přesto však bylo období nejstarších civilizací spojováno se zbavováním se nemocných, postižených či slabých dětí, které by nepřežily danou dobu a tvrdou výchovu. Např. Sparta a shazování dětí ze skály, Řím a uložení dětí do amfor či posílání po vodě.

Tvrdá represivní opatření, zneužívání či zotročování atd., vůči jedincům se znevýhodněním, patřila v dané době prokazatelně mezi rozšířené a doložené jevy.

2.3.2 Charitativní přístup

Jak bylo výše zmíněno, vztah většiny populace ke znevýhodněným jedincům se neustále vyvíjel, a to v závislosti na mnoha faktorech. Záleželo na vývoji myšlenkových proudů, společenských paradigmat, filozofických směrů nebo směrů ideologických.

Charitativní přístup, projevující se obzvláště v době křesťanského středověku, byl charakteristický tím, že se na znevýhodněného jedince nahlíželo jako na osobu, která je potřebná a slova vystihující dobu byla milosrdenství, ochranářství a pomoc.

Tendence přicházely především ze strany církve, která byla v dané době úzce spjata se státem. Objevovaly se řeholní řády, které pečovaly o takto potřebné, dokonce jim církevní řeholní řády zřizovaly klášterní špitály, hospice atd.

2.3.3 Humanistický přístup

Tento přístup byl typický pro období novověku a to již s renesancí a osvícenstvím, kdy kladl důraz na dříve opomíjené tělesné stránky člověka. V tomto období se zkoumala, až s technickým zaujetím, především tělesná struktura a funkce člověka. Bylo to samozřejmě dáno vývojem vědeckého poznání a především medicíny. V této době se také začala objevovat tzv. programová péče, kdy péče o handicapované jedince byla spojená se specializací v přístupu k jedincům, jež měli různé druhy postižení.

Na člověka tady začalo být více a více pohlíženo komplexněji a to ve smyslu fyzickém, psychickém, duchovním i sociálním.

V této době také vznikala celá řada institucí, které byly zaměřeny na pomoc a péči jedinců s nejrůznějším postižením.

2.3.4 Rehabilitační přístup

Tento přístup jsme zmínili výše, viz kapitola 1.2.1 zabývající se charakteristikou oboru Speciální pedagogika.

Zopakujme, že hlavní myšlenkou tohoto přístupu bylo „znovu-uschopnění“ handicapovaného jedince do běžné společnosti.

Stinnou stránkou této doby byl fakt, že se řada handicapovaných jedinců stala objektem institucionální péče- umístění do ústavních zařízení apod.

2.3.5 Preventivně-integrační přístup

Pro tento přístup je typické období po 2. světové válce, kdy se společnost zaměřuje na prevenci vzniku postižení. V našich zeměpisných šířkách se tyto tendence objevují až na počátku 90. let minulého století.

Hledají se cesty k co možná maximální integraci znevýhodněného jedince do běžné společnosti. Zajímavostí je, že v tomto období byly snahy klást důraz na prevenci nejen vzniku postižení, ale také předcházet riziku narození dítěte s vrozenou vadou.

2.3.6 Inkluzivní přístup

Inkluzivní přístup byl u nás nejmodernějším trendem, kdy vystřídal přístupy segregáční, které mnoho let v naší společnosti převládaly.

Novým trendem se nyní stává tzv. „deinstitucionalizace“, kdy je prioritou plně začlenit jedince s handicapem do běžné společnosti. Můžeme říci, že šlo i o nevyčleňování jedince z běžné společnosti. Jedná se především o globální trend, kdy díky mezinárodní spolupráci a výměně zkušeností docházelo k mnohým změnám v přístupu k handicapovanému jedinci.

Tento přístup trvá dodnes a můžeme také říci, že postupně „uzrává“, protože, jak víme, ne vždy se obejde soužití konkrétního člověka bez postižení s člověkem s handicapem bez problémů a strastí. (TITZL, 2000 in SLOWÍK, 2007)

2.4 Dělení speciální pedagogiky – SPPG disciplíny

V klasifikaci speciálně pedagogických disciplín vycházíme z rozdělení dle prof. Sováka, který dělil jednotlivé disciplíny dle druhu postižení. (PIPEKOVÁ, 1998)

- **somatopedie** se zabývá (speciální) pedagogikou a řeší problematiku jedinců s tělesným postižením
- **psychopedie** se zabývá (speciální) pedagogikou a řeší problematiku jedinců s mentálním postižením

- **surdopedie** se zabývá (speciální) pedagogikou a řeší problematiku jedinců se sluchovým postižením
- **logopedie** se zabývá (speciální) pedagogikou a řeší problematiku jedinců s narušenou komunikační schopností
- **etopedie** se zabývá (speciální) pedagogikou a řeší problematiku jedinců mravně narušených, s poruchami chování
- **tyflogedie**, dříve **oftalmopedie**, se zabývá (speciální) pedagogikou a řeší problematiku jedinců se zrakovým postižením
- **SVPŠD (Specifické vývojové poruchy školních dovedností)** - (speciální) pedagogika a řešící problematiku jedinců s těmito vývojovými poruchami učení, včetně ADD a ADHD
- **kombinované vady** - (speciální) pedagogika a řešící problematiku jedinců s více vadami.

2.5 Terminologie SPPG- stručné vymezení pojmů

Tato kapitola nabídne telegrafický přehled nejběžnějších termínů SPPG a jejich stručnou deskripci pro komplexní oborovou orientaci.

2.5.1 Norma

Norem je celá řada a liší se jednotlivým pojetím v závislosti na daném období a kulturní společnosti. Rozlišujeme např. normy *estetické*, *kulturní*, *výkonové*, *právní* aj. V každé kultuře jsou normy nastavené jinak a vytváří je především většinová společnost. Dle našeho názoru, co se norem týče, se jedná o velmi relativní závěr, protože krom právních, nemají obecně platný, pevný základ, nemají ani absolutní platnost, ani trvání. Na to upozorňuje např. Peutel-schmiedová (2003).

Jak bylo řečeno, významným faktorem je vždy časový horizont hlediska a vliv vnějších podnětů a kultury. Vágnerová in Slowík (2007) zdůrazňuje, že vlivem vnějších podnětů a vnitřní dynamiky se platnost norem i jejich pojetí ve společnosti mění.

2.5.2 *Normalita*

Normalitu můžeme chápat jako stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu, který odpovídá té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována (SLOWÍK, 2007). Nejčastějším kritériem hodnocení jedince, co se normy či normality týče, je porovnávání jedince s ostatními, kdy jsou odlišnosti posuzovány ve srovnání s hodnotami, statisticky zjištěné normy společnosti.

2.5.3 *Abnormalita*

Ojedinělý až nadprůměrný stav- určitá odchylka od většinové normy. Jedinci se z hlediska statistického vymykají normě. Užití definice je nutno zmínit nejen v negativním slova smyslu („nenormálnost“), ale také např. jako genialitu. Dnes není ojedinělé, že se speciální pedagogové setkávají s jedinci mimořádně nadanými a vytvářejí jim podmínky, které jejich situace vyžaduje, např. individuální vzdělávací plán atp.

Ve společnosti se však v drtivé většině setkáme s jevem, kdy jedinec vymykající se normám společnosti, trpí značně ztíženou životní situací. (RENOTIÉROVÁ et. al., 2006), (PIPEKOVÁ, 2006)

2.5.4 *Vada, porucha, defekt, handicap*

„Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.

Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“ (SLOWÍK, 2007, str. 26, 27)

2.5.5 *Socializace*

Jedná se o schopnost jedince zapojit se do společnosti. Již v kapitolách Sováka (1975), se dočítáme o rozdělení socializace na čtyři stupně:

- **Integrace:** plné zapojení do společnosti a úplné splynutí jedince s handicapem ve společnosti, nejvyšší stupeň socializace. Jesenský (1995) integraci chápal jako spolužití postižených a nepostižených jedinců při přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin.

- **Adaptace:** přizpůsobení se jedince s handicapem do společenského prostředí.
- **Utilita:** sociální upotřebenění jedince s handicapem, pracovní uplatnění v chráněných dílnách apod.
- **Inferiorita:** sociální nepoužitelnost, ztráta sociálních vztahů. (RENO-TIÉROVÁ et. al., 2006), (PIPEKOVÁ, 2006)

2.5.6 *Segregace*

Jedná se v podstatě o pravý opak integrace, kdy jedinec s handicapem je ze společnosti vyčleněn či se sám ze společnosti vyčleňuje.

2.5.7 *Inkluze*

Tímto pojmem se rozumí proces, kdy se jedinci s handicapem v plné míře zúčastňují veškerých aktivit a všech běžných činností společnosti tak, jako lidé bez postižení. Pokud je to žádoucí, nevyužívají se žádné speciálně pedagogické prostředky ani postupy. (SLOWÍK, 2007)

2.6 **Principy, zásady a metody SPPG- stručný přehled**

Tato kapitola a její podkapitoly budou stručně reflektovat nejdůležitější principy, zásady a metody SPPG.

2.6.1 *Principy*

- **Prevence:** požaduje vhodná preventivní opatření, aby se léčebnými, výchovně-vzdělávacími a sociálními prostředky předcházelo znevýhodnění.
- **Korekce:** snaha docílit nápravy vady (např. brýle, sluchadlo).
- **Normalizace:** snaha o přiblížení se normálu, umožnit jedinci s postižením normální život, tzn. mít stejná práva, povinnosti a možnosti jako většinová společnost.
- **Facilitace:** umožnění dosažení žádoucího výsledku jinou formou. Např. jedinec s handicapem bude užívat korekční pomůcky, uvidí-li to u jiných osob.

- **Flexibility:** biologické vlastnosti nejsou pevně stanovené a ireverzibilní, lze je formovat výchovou a vzděláním. (RENOTIÉROVÁ et. al., 2006), (PIPEKOVÁ, 2006)

2.6.2 *Zásady*

- **Komplexnosti a jednotnosti:** ucelený a jednotný koordinovaný postup.
- **Cílevědomosti a resocializace:** zaměření na socializaci a resocializaci; dosažení optimálního stupně pracovního a společenského uplatnění.
- **Soustavnosti a důslednosti:** soustavné osvojování a vyžadování určitých návyků.
- **Přiměřenosti:** znalost komplexní diagnostiky, druhu a stupně defektu a na základě těchto znalostí přizpůsobení intervence.
- **Individuálního přístupu:** v popředí by měly stát zájmy jedince.
- **Motivace a optimálního prostředí:** navození pocitu uspokojení, potřeby; snaha o vytyčení vyšších cílů.
- **Kontaktu:** získání pozornosti jedince ke spolupráci, takt, empatie, znalost problematiky.
- **Dispenzarizace:** sledován, zaznamenáván průběh intervence; vedena dokumentace; celoživotní péče, pravidelná kontrola, poradenská péče. (RENOTIÉROVÁ et. al., 2006), (SLOWÍK, 2007), (PIPEKOVÁ, 2006)

2.6.3 *SPPG metody terapie*

V této části bude řeč především o nápravných terapeutických metodách speciální pedagogiky. Je důležité zmínit fakt, že tyto metody jsou obecně platné u všech speciálně pedagogických disciplín. Řídit se budeme rozdělením dle Pipekové (1998).

Reedukace

Metoda reedukace je ve své podstatě souhrnem všech speciálně pedagogických postupů, které jsou zaměřeny na postiženou funkci a cílem je zlepšovat její činnost. Rozvíjíme tedy tu funkci, která byla snížena. Lze rozlišovat dva přístupy:

- **Monosenzoriální**, zaměřený na rozvoj postižené funkce bez podpůrného využití jiných funkcí a přístup a
- **Multisenzoriální**, využívající i funkcí zdravých částí.

Kompenzace

Metoda kompenzace je souhrnem takových speciálně pedagogických postupů, jimiž zlepšujeme a zvyšujeme výkonnost jiných nepostižených funkcí.

Rehabilitace

Metoda rehabilitace upravuje zdravotní, společenské a pracovní vztahy jedince s postižením a na metodu reedukace a kompenzace navazuje.

Když tuto problematiku shrneme, reedukační a kompenzační metody jsou zacíleny především na příčiny určité defektivy, čímž rozumíme vady a poruchy. Metody rehabilitace již odstraňují důsledky, které defektivita způsobila. Jak již v této práci bylo několikrát zmíněno, je eminentně důležité dodržet pravidlo komplexnosti a využívat rehabilitaci ucelenou. (RENOTIÉROVÁ et. al., 2006), (SLOWÍK, 2007), (PIPEKOVÁ, 2006)

Oblast	Prostředky a možnosti
zdravotní	medicína, fyzioterapie, protetika
sociální	bezbariérovost sociálního prostředí, sociální služby (např. osobní asistence)
pedagogická	školská integrace, distanční vzdělávání, e-learningové kurzy
psychologická	podpora ze strany rodiny, přátel a okolí, psychoterapie
pracovní	uplatnění na otevřeném trhu práce, práce z domova, podporované zaměstnání
právní	antidiskriminační opatření, legislativní podpora všech ostatních oblastí

Obrázek 2: Systém komplexní ucelené (komplexní, komprehenzivní) rehabilitace (SLOWÍK 2007, str. 102)

3 Propojení speciální pedagogiky a fyzioterapie

*„Lidská mysl je tak neskonale obsáhlá,
že je v poznávání skoro bezednou hlubinou.“*

- Jan Amos Komenský -

V této kapitole se především zaměříme na bližší seznámení s jednotlivými disciplínami speciální pedagogiky a vysvětlíme propojení mezi oborem speciální pedagogiky a fyzioterapie. Konkrétní využití vybraných metod fyzioterapie bude popsáno následně v kapitole č. 5.

Jak již bylo řečeno, zapřemýšlíme-li a zapátráme-li historií, zjistíme, že řada průkopníků oboru speciální pedagogiky vycházela z poznatků medicíny či své původní lékařské profese. Tato slova nám potvrdil mimo jiné Slowik (2007), který uvádí, že nemůže nikoho překvapit, když se speciální pedagogika opírá o poznatky biologie člověka a medicíny. Mimo jiné také uvádí, že historicky speciální pedagogika z medicíny vlastně vychází a současně také potvrzuje, že mnozí průkopníci speciální pedagogiky vyšli ze své původní lékařské profese.

Dalším faktem je, že speciální pedagogika vždy usilovala o nápravu, kompenzaci a léčbu vad a poruch. To dokládá tzv. rehabilitační přístup, charakteristický pro období přelomu 19. a 20. století. Přístup propojoval medicínskou léčbu s výchovou a vzděláváním a usiloval o „re-habilitaci“, „znovu uschopnění“, handicapovaného jedince pro život v běžné společnosti. (SLOWÍK, 2007)

Dalším pojítkem, které dokládá propojení výše zmíněných oborů je přítomnost nápravných terapeutických metod speciální pedagogiky, které vychází ze vzorce reedukace, kompenzace a rehabilitace. Metodami fyzioterapie rovněž reedukujeme, kompenzujeme a rehabilitujeme. Proto lze mnohé z fyzioterapie ve speciální pedagogice využít a naopak.

Uvedeme si příklad, kdy jednou z terapeutických metod, kterou lze ve speciální pedagogice využít, je terapie s účastí zvířete, tedy *zooterapie*, někdy uváděná jako *animoterapie*.

Svým způsobem metodika zaujímá výjimečné postavení tím, že terapeutickým prostředkem je zde jiný, živý tvor – zvíře. Může jít o jakákoliv zvířata, ale nejčastěji se využívají k animoterapii psi (*canisterapie*) a koně (*hipoterapie*), v širším slova smyslu se jedná o *hiporehabilitaci*. Proto tedy v našem pojetí můžeme hovořit o hiporehabilitaci jako o terapeutické metodice speciální pedagogiky. Zároveň je však hiporehabilitace jednou z velmi důležitých metod fyzioterapie.

Rázem máme další objektivní pojetí, objasňující úzké propojení těchto dvou, na první pohled nepropojitelných oborů.

3.1 Somatopedie a propojení s fyzioterapií

Protože je somatopedie v propojení s fyzioterapií jednou z nejdůležitějších disciplín speciální pedagogiky, bude daná problematika probrána více do hloubky a věnujeme ji nejvíce prostoru.

Somatopedie, z řeckého slova *sóma*, tělo, je disciplína, která se zabývá výchovnými, vzdělávacími a obecně společenskými souvislostmi tělesných postižení, stavy jedinců nemocných a v neposlední řadě také stavy zdravotně oslabených jedinců s omezenou schopností či neschopností pohybu. (NOVOTNÁ, KREMLIČKOVÁ, 1997)

„Okruh zájmu somatopedie zahrnuje osoby s postižením hybnosti (tělesně postižené), dlouhodobě a zdravotně oslabené.“ (SLOWÍK, 2007, str. 97)

Hlavním znakem jedinců s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení hybnosti (SOVÁK, 1980 in VÍTKOVÁ, 2006)

„Úkolem somatopedie je rozpracovat teorii výchovy a vzdělávání tělesně a zdravotně postižených dětí, mládeže a dospělých, zkoumat a ověřovat metody výchovné, didaktické, reedukační, kompenzační, psychorehabilitační a resocializační.“ (RENOTIÉROVÁ et. al., 2006, str. 209, 210)

Paradigmata v chápání termínu postižení, dle Vítkové (1998):

- **Medicínský model** vychází z biologicko-organické či funkční příčiny. Cílem je léčebná reparace.

- U **sociálně patologického modelu** je kladen důraz na rozhraní sociální povahy, kdy v centru pozornosti stojí socializace a diskriminace, které jsou příčinou postižení.
- **Model prostředí** hledá východiska pro změnu školského systému ku prospěchu jedince s postižením.
- **Antropologický model** usiluje o interpersonální interakce. Do popředí je kladen důraz na respektování individuality jedince a určitého postoje okolí k jedinci s postižením.

Dle Michalíka (2003) bylo mezi více než 1 miliónem jedinců s handicapem žijících na území ČR 300 tisíc osob s tělesným postižením, což odpovídá 30% z celkového počtu osob se zdravotním znevýhodněním.

3.1.1 Klasifikace vad, tělesných postižení a zdravotních oslabení

Tato problematika je velmi složitá a obsáhlá, proto se ji pokusíme stručnou formou nastínit.

podle typu	<ul style="list-style-type: none"> • postižení hybnosti • dlouhodobá onemocnění • zdravotní oslabení
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozená (např. vrozené vady lebky; rozštěpy lebky, rtů, čelistí, patra, páteře; nevyvinutí končetin nebo jejich částí, DMO) • získaná (např. deformity páteře; úrazy – zlomeniny, amputace; následky onemocnění – revmatismus, myopatie atd.)
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů apod.) • tělesné vývojové vady (vady lebky, rozštěpy, vady končetin apod.) • úrazy (tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – např. paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin atd.) • následky nemoci (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfatické borreliózy, nádorových onemocnění apod.) • dětská mozková obrna (DMO – spastické i nespastické formy) • dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie apod.)

Obrázek 3: Přehledná klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení dle Slowíka (SLOWÍK 2007, str. 99)

3.1.2 Poruchy hybnosti-mobility

Poruchy a z nich postižení, mohou vzniknout:

- Primárně následkem přímého poškození pohybového ústrojí v souvislosti s jeho vadným vývojem, úrazem nebo nemocí.

- Sekundárně u jedince, jehož pohyb je omezen nebo znemožněn v důsledku nemoci či poruchy, která přímo jeho pohybový aparát nezasáhla.

Poruchy hybnosti lze dále členit na osoby tělesně postižené, osoby s nemocí, tedy nemocné a osoby se zdravotním oslabením, zdravotně oslabené jedince.

Tyto poruchy mohou často doprovázet změny ve vyšší nervové činnosti, v oblasti emotivity, vnímání, pozornosti, a také v řadě jiných schopností jako je např. řeč, sluch, zrak a intelekt. Poruchy mobility, lze členit na tři stupně:

1. Lehké poruchy hybnosti, např. poruchy jemné motoriky, narušení pohybových vzorců,
2. střední poruchy hybnosti, např. paréza, tj. částečně porušená funkce a nervové koaktivace,
3. těžká porucha hybnosti, např. plegie, tj. úplná ztráta funkce a hybnosti.

Pipeková (2006) dělí a charakterizuje tělesná postižení takto:

- **Vrozená.** Často to bývají poruchy již ve vývoji zárodku během prvních týdnů těhotenství, ale i v období perinatálním a postnatálním. Patří sem vrozené vady lebky, předčasný růst švů - kraniosostenóza, poruchy růstu lebky - makrocefalus, hydrocefalus. Dále sem patří rozštěpy lebky, rtů, čelisti patra či páteře - spina bifida.
- **Vrozené vady končetin a růstové odchylky.** Úplné nevyvinutí končetin - amelie, tvarová vývojová odchylka - dysmelie, chybějící paže, předloktí - fokomelie, mimořádně dlouhé a tenké prsty - arachnodaktylie, srůst prstů - syndaktylie, zmnožení prstů - polydaktylie, vrozená kosovisla noha - pes equinovarus congenitus, vrozené vykloubení hlavičky a jamky v daném kloubu - luxace, vrozené subluxace- kloubí hlavičky a jamky spolu minimálně artikulují.
- **Centrální a periferní obrny** - zásah do nervové soustavy. Jednotlivé obrny nervů se dělí dle stupně a rozsahu postižení na parézy, tj. částečné ochrnutí a plegie, úplné ochrnutí. Často bývá současně porušena motorika, ale také sensorika - smyslové vnímání, svalový tonus, čili napětí svalů, koordinace a často i mentální schopnosti. Typickým zástupcem

formy postižení, kdy je postižena oblast centrální nervové soustavy a současně pohybová soustava je dětská mozková obrna (DMO). DMO je kapitola velmi rozsáhlá a v našem případě velmi důležitá, která by obsáhla celou práci, proto ji zde věnujeme alespoň jednu podkapitolu.

- **Získaná po úraze.** Etiologie získaných vad je v dnešní době celkem známá. Známe různé typy úrazů a řadu nemocí.

3.1.3 *Deformace*

Pokud jsou deformace vrozené, nazývají se malformace. Pokud jsou získané díky celé řadě úrazů či nemocí, nazýváme je získané deformity. Jsou charakteristické svým abnormálním tvarem některé části těla.

Deformity páteře spadají do tzv. vadného držení těla (VDT). Příčiny mohou být různé. Např. růstové či dědičné vlivy, výživa, nerovnoměrnost růstu a rychlý vývoj.

Úrazy vznikají dnes již v každodenních situacích a i při těch nejbanálnějších úkonech z nepozornosti či nedbalosti druhé osoby. Trvalé následky mohou omezit výrazně životní kvalitu mobility člověka. Nejzávažnější bývají v oblasti mozku (otřes mozku - komoce, zhmoždění mozku – kontuze).

Při **poranění a zlomení obratlů** dochází velmi často k poruše míchy, tzv. lézi. Často se tak děje po pádu z výšky, při autonehodách a sportovních úrazech. Přidruženy jsou poruchy hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí.

Amputace, což je umělé odnětí orgánu nebo části celé končetiny od těla.

Onemocnění získaná po nemoci, jako např. revmatická onemocnění. Jedná se především o zánětlivé autoimunitní infekce, které napadají orgány v těle a současně pohybový aparát. (např. revmatoidní artritida, revmatická horečka, Běchtěrevova nemoc či dna). Velmi časté jsou také onemocnění typické již v dětském věku – morbus Perthes - Perthesova nemoc, která se vyskytuje ve věku od 3 do 8 let, při níž hlavice stehenní kosti bývá postižena zánětlivým procesem a dítě výrazně nejprve pokulhává a po té ztrácí schopnost lokomoce.

3.2 Vybrané diagnózy somatopedie

V této podkapitole bychom chtěli blíže popsat vybrané diagnózy, které jsou v rámci fyzioterapie a somatopedie stěžejní.

3.2.1 Dětská mozková obrna (DMO)

DMO je v současné době, dle Krause (2005), považována za jednu z nečastějších příčin vrozeného tělesného postižení. DMO má velmi pestrou etiologii a především široké spektrum projevů. Většina autorů odborných publikací se shoduje, že zhruba ve dvou třetinách případů se u jedinců s DMO vyskytují přidružené diagnózy, např. mentální retardace různého stupně, epilepsie, poruchy smyslové či poruchy řeči.

„Nejčastěji je definována jako porucha hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství. Děti s tímto postižením mají nejen poruchu hybnosti, ale následky se projevují i v poruchách řeči, sníženými rozumovými schopnostmi, poruchami psychomotoriky, epileptickými záchvaty, pohybovou neobratností, neklidem, celkový vývoj hybnosti je výrazně opožděný aj.“ (RENOTIÉROVÁ et al., 2006 str. 214)

Renotierová et. al. (2006) dělí DMO na formy:

Spastická forma - křečovitě svalstvo se stahuje a oslabuje, u spastických forem se nejčastěji chodidla nohou stáčí dovnitř a kolena se dotýkají či kříží. Patrná je patologická chůze a nápadná jsou také tuhé pohyby.

- **Forma diparetická** - postižení dolních končetin, již se projevuje kolem 5. měsíce vývoje, že dítě neleze, neposazuje se a nepřevrací se na záda. Psychický vývoj je však bez narušení.
- **Forma hemiparetická** - postižené jsou obě končetiny na jedné polovině těla, kdy bývá nejvíce postižena především končetina horní poloviny těla. Novotná et. Kremličková (1997) uvádí, že příčinou je nejčastěji porucha zásobování části mozkové hemisféry krví při neprůchodnosti tepny nebo při zánětu. Nápadnou se stává opět v období zvýšeného nároku na vykonání pohybu.
- **Forma kvadraparetická** - jedná se o postižení komplexní, postiženy jsou všechny čtyři končetiny nebo jedinec zcela ochrnuje - hemiplegie,

paraplegie, kvadruplegie. V klinickém obrazu je přítomno poškození intelektu. Zde je velmi malá pravděpodobnost na zlepšení hybnosti, proto u této formy dbáme spíše na výcvik sebeobsluhy a samostatnosti. Nutná je speciálně pedagogická výchova.

Nespastická forma

- **Forma dyskinetická** (atetoidní, extrapyramidová), doprovázena nechtěnými nepotlačenými mimovlnnými pohyby, nejčastěji pomalé „hadovitě“ vlnění či prudké trhané pohyby. Příčinou jsou často poruchy či poškození v oblasti šedé kůry mozkové s centry hybnosti. Schopnosti intelektové jsou však velmi dobré.
- **Forma hypotonická** - snížení svalového tonu, provázená téměř vždy těžkou mentální retardací. Novotná et Kremlíčková (1997) ve své odborné publikaci upozorňuje na to, že tento typ je vázán na raný věk dítěte, do 3. až 4. roku dítěte, kdy se často pojí k pohybovým poruchám také porucha duševního vývoje. Jedinci s touto formou v drtivé většině případů nejsou schopni samostatné existence.

3.2.2 Epilepsie

Jedná se o velmi závažnou neurologickou poruchu, se kterou by mělo být okolí jedince seznámeno, především vyučující ve škole atd. Proto tuto problematiku zde zmiňujeme.

„Epilepsie je chronické onemocnění provázené nervovými záchvaty, jež jsou způsobeny poruchami v činnosti mozku, v němž dochází k náhlým výbojům nervových buněk. Harmonii, které je přirozeným stavem mozku, rozloží tyto výboje opakovanými monotónními impulzy. Složitá harmonie se tak vytratí a je nahrazena jednoduchou monotónností. Tomu potom odpovídá i chování člověka. Pohyby se zjednodušují, stávají se primitivními (křeče, napětí), dochází k pádu na zem a mozek se přestává ovládat (bezvědomí). Záchvat může vycházet také pouze z ohraničeného ohniska v mozku, v důsledku čehož mohou nastávat pouze částečné změny v projevech člověka (záškuby končetin, ztráta smyslové ostrosti, výpadky pozornosti, změny nálady, prudká změna nálady atd.)“ (NOVOTNÁ et KREMLIČKOVÁ, 1997, str. 78)

Epilepsie každopádně není důvodem k vyřazení jedince ze společnosti, kolektivu, školy či mimoškolních aktivit. Jen je důležité dbát na režimová opatření, prevenci a mít okolí jedince ve stavu připravenosti na záchvat.

Rozeznáváme dva typy postižení:

- **Generalizované postižení** je v oblasti obou hemisfér mozku, jedinec upadá vždy do bezvědomí,
- **parciální** postižení je v ohraničené části mozku, závisí vždy na skutečnosti, z jaké části mozku výboj vychází. Od toho se odvíjí klinický obraz jedince.

Při záchvatu je důležité u jedince rozevírat křečovitě staženou čelist, hlídat jazyk, aby nezapadl a uložit jedince na měkký povrch na bok, aby neaspiroval zvratky.

Obě autorky také uvádí, že každý epileptický záchvat je enormní zásah do organismu dítěte, který má za vinu velký deficit energetických zásob.

Slowik (2007) uvádí, že u jedinců, u kterých se vyskytují epileptické záchvaty, jsou přítomny určité osobnostní specifika, která je třeba respektovat, ať již ve škole či zaměstnání. Sklony k přehnané přesnosti, puntičkářství, úzkostné stavy a obavy o vlastní zdravotní stav.

3.2.3 Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS)

RS charakterizujeme jako chronickou zánětlivou imunitní poruchu centrálního nervového systému a řadíme ji do tzv. demyelinizačních chorob (destrukce myelinového obalu nervových vláken v bílé hmotě mozku a míchy).

Onemocnění postihuje více mladé ženy a průběh nemoci probíhá typicky zpočátku v atakách a následných remisích- klidná fáze. Později choroba přechází do chronicity, kdy postupně dochází k invalidizaci, až imobilizaci jedince. Jedinci s RS mají nejčastěji spastické paraparézy dolních končetin i kvadruparézy, často také třes a bývají euforičtí a nedostatečně kritičtí.

Cíle rehabilitace jsou snížení spasticity, získání pocitu rovnováhy v prostoru, posílení svalových skupin, udržení jedince v kondici a začlenění jedince do kolektivu.

3.2.4 Cévní mozková příhoda (CMP)

CMP je náhle vzniklá mozková porucha cirkulace, kdy etiologií je nejčastěji ischemie (80%, uzávěr cév způsoben především aterosklerózou nebo hypertenzí následkem obezity, stresu a nikotinismu) či hemoragie (20%, krvácení do mozku nejčastěji následkem úrazu hlavy).

Následkem CMP dochází k poruchám hybnosti - parézy, plegie, k poruchám řeči- afázie, k poruchám citlivosti, k poruchám tělesné a prostorové orientace, poruchám zraku a vědomí. Klinický obraz je vždy specifický dle zasažené oblasti mozku.

Cílem rehabilitace po překonání akutního stádia je především zlepšení postavení těla a posturálních funkcí a zlepšení psychiky jedince. Pracuje se s těžištěm rovnováhy jedince a rytmickou stabilizací.

3.2.5 Míšňí léze

Míšňí léze představují závažné stavy postižení míchy, které se projevují poruchami hybnosti, čítí, poruchami vasomotorickými. Jednotlivé postižení vyplývá z lokace anatomického poškození míchy. Následně se tyto stavy poranění míchy stávají společensko-sociálním problémem.

Čápová (2008) a Zeman (2000) ve své literatuře uvádějí, že ročně zaznamenáváme kolem 300 úrazů s poraněním páteře a míchy. Nejčastěji k těmto poraněním dojde zejména u těžké dopravní nehody, při pádu z výšky, při sportu nebo u skoků po hlavě do mělké a neznámé vody.

Světové statistiky uvádějí, že připadá 55% úrazů na dopravní nehody, 22% vzniká v práci nebo doma, 18% při sportu a asi za 5% je odpovědné násilí.

Literatura také uvádí, že zhruba 12% zlomenin páteře je doprovázeno poraněním nervových struktur míchy.

Transverzální léze míšňí je částečné nebo úplné přerušení míchy, dle etáže poškození daného segmentu obratlů, dochází k paraplegii až kvadruplegii s různými poruchami dle lokalizace.

Dle Zemana (2000) rozlišujeme:

- **Pentaplegie** je poškození míchy v oblasti segmentů C1- C4. Ochrnutí všech končetin, bránice a ochrnutí trupového a břišního svalstva.

- **Kvadruplegie** je poškození míchy při lézi v rozsahu segmentů C5-Th1. Částečná ztráta pohyblivosti horních končetin a úplná ztráta pohyblivosti na dolních končetinách a trupu.
- **Paraplegie** je léze hrudní míchy v oblasti segmentů Th1- Th12.
- **Paraparéza** je léze v oblasti L1-S2. Projevuje se na dolních končetinách.

Zde je cílem rehabilitace především posílení psychiky, zlepšení funkce vnitřních orgánů kondičním cvičením, posílení svalového korzetu a nácvik kompenzačních mechanismů pohybu, vycvičení rovnovážných reflexů s pohybovou koordinací. V konceptu rehabilitace využíváme především metody na bázi neurofyziologického podkladu.

3.2.6 *Vadné držení těla (VDT) a skoliózy*

VDT a skoliózy vznikají na základě svalové dysbalance. Jedná se o poruchy hybného systému, kdy jsou svaly působící proti sobě ve vzájemné nerovnováze.

Tuto kapitolu zmiňujeme záměrně, neboť drtivá většina jedinců, ať již handicapovaných či bez handicapu, těmito fenomény trpí.

Většinou se jedná o funkční poruchu, kdy se zapojení svalů nachází v patologickém řetězci. Velké globální svaly jsou v převaze a přetížené a svaly hlubokého stabilizačního systému páteře jsou ochablé a chybně zapojené v opěrné funkci. Méně častá je etiologie na podkladě strukturálním, kdy je porucha skeletu již ireverzibilní.

Nejčastěji se setkáváme se těmito typy:

- **Plochá záda**, změna fyziologického zakřivení páteře, vyhlazení bederní lordózy (prohnutí páteře vpřed) i hrudní kyfózy (prohnutí páteře vzad).
- **Kulatá záda** neboli hyperkyfóza, zde je patrné zvětšení hrudní kyfózy.
- **Prohnutá záda** neboli hyperlordóza, zde je patrné zvětšení bederní lordózy.
- **Kyfolordotické držení**, zvětšení obou základních křivek, kyfózy i lordózy.

- **Labilní postoj**, neustále se měnící postavení. Většinou je patrný u neurotiků či u dětí s ADHD.
- **Skolióza**. Za skoliózu považujeme patologické vychýlení páteře z osy směrem do strany.

Cílem rehabilitace je zde především efektivní korekce svalového korzetu, to jest protažení a uvolnění zkrácených svalových skupin a posílení svalových skupin oslabených se současnou korektní a komplexní stabilizací držení těla.

3.3 Psychopedie a propojení s fyzioterapií

Psychopedie, z řeckého slova psýché, duše, je disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá především jedinci s mentálním postižením a osobami s psychickými poruchami.

Vymezení této disciplíny by však nebylo korektní a jednoznačné, pokud bychom zaměřili úhel pohledu pouze na toto rozdělení. Situace jedince s mentálním postižením nebude totožná jako u jedince, který trpí poruchami psychickými či psychickým onemocněním, přesto jsou tito jedinci předmětem stejné disciplíny.

Černá (1995) definici mentálního postižení, která je velmi svízelně stanovitelná vzhledem ke své multifaktoriální povaze, popisuje jako pojem vztahující se k podprůměrnému, obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.

Dle Michalíka (2003) bylo mezi více než 1 miliónem jedinců s handicapem žijících na území ČR 300 tisíc osob s mentálním postižením, což odpovídá 30% z celkového počtu osob se zdravotním znevýhodněním.

MKN- 10. revize, 3. vydání (2006) hovoří o mentální retardaci (F70-F79), kdy nahlíží na problematiku jako na stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován porušením dovedností, především během vývojového období, postihující všechny složky inteligence- gnostické, verbální, motorické a sociální.

Mentální postižení se může vyskytovat bez nebo současně s jinými somatickými poruchami a může být různého stupně poruchy intelektu. Intelektem rozumíme soubor dílčích schopností a dovedností, který je vyjádřen tzv. intelligenčním kvocientem (IQ). (MKN-10, 2006)

Klasifikace dle 10. revize Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO) na čtyři stupně (RENOTIÉROVÁ et al., 2006, str. 162):

- **Lehká mentální retardace.** IQ se pohybuje přibližně mezi 50-69 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let). Obtíže se projevují v učení, patrná je slabomyslnost a lehká mentální subnormalita. Schopnost práce a navazování vztahů zůstává zachována.
- **Středně těžká mentální retardace.** IQ dosahuje hodnot 35-49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let). Projevy značného opoždění v dětství, určitá schopnost v sebeobsluze, komunikační schopnosti jsou, v dospělosti různá míra asistence, patrná středně těžká mentální subnormalita, střední slabomyslnost.
- **Těžká mentální retardace.** IQ se pohybuje v pásmu 20-34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let). Jedinec je odkázán k závažné a soustavné pomoci druhé osoby, nutná je podpora při sebeobsluze, patrná je těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost.
- **Hluboká mentální retardace.** IQ dosahuje nejvýše 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky věku). Projevy vážného omezení v sebeobsluze, komunikaci a mobilitě, patrná je hluboká mentální subnormalita.

Psychopedii s fyzioterapií propojují především jedinci s DMO a současným mentálním postižením, jedinci s Downovým syndromem či jedinci s neurózami a psychózami. S těmito jedinci je nezbytné při terapii specificky, trpělivě pracovat a dbát na zvýšený dohled, neboť nechápou tolik souvislosti, mají omezenou slovní zásobu, pomalu se učí, potřebují časté a jednoduché vysvětlení a opakování a mají zkreslenou představu o nebezpečí.

3.4 Vybrané diagnózy psychopedie

V této podkapitole bychom chtěli blíže popsat vybrané diagnózy, které jsou v rámci fyzioterapie a psychopedie důležité.

3.4.1 Downův syndrom

Jedná se o postižení, které je podmíněno genetickou abnormalitou - genomovou mutací, kdy výsledkem je tzv. trizomie 21. chromozomu. U zdravého jedince je lidská buňka tvořena 46 chromozómy, 23 páry. U jedince s Downovým syndromem není dvojice 21. chromozomu, tak jako u jedince zdravého, ale trojice.

Můžeme říci, že jde o poměrně časté onemocnění, kdy rizikovým faktorem je vyšší věk rodičky či přítomnost Downova syndromu v rodině.

Projevem tohoto syndromu je především mentální retardace (ve většině případů mírná či středně těžká mentální retardace) s projevy tělesného postižení - malformace (mohutnější krk s menší hlavou), anomálie obličeje (mongoloidní vzhled, ploché rysy obličeje, výrazná kolmá kožní řasa koutku oka, menší uši, pootevřená ústa a plochý specifický jazyk). (AMBLER, 2006)

Jedinci s tímto postižením trpí především snížením svalového tonu - hypotonie, malým vzrůstem, častěji se objevují epileptické záchvaty, kardiovaskulární onemocnění a velmi častá je v pokročilejším věku Alzheimerova choroba. (BAZALOVÁ in PIPEKOVÁ, 2006)

Hlavními cíli rehabilitace je ovlivnění svalové hypotonie, zlepšení rovnováhy, koordinace, rytmizace, orientace v prostoru, zlepšení obratnosti, zbavení strachu a zlepšení sebedůvěry.

3.4.2 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra řadíme dle mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, mezi poruchy psychického vývoje. Jedná se o tzv. poruchu pervazivní - vše pronikající, kdy je přítomna triáda postižených oblastí, tj. narušená sociální interakce - emoční dovednosti; komunikace- gesta, řeč; představitelost - hra, volný čas, organizace.

Jedinec v důsledku této poruchy dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Jedinec je charakterizován omezenými, opakujícími se stereotypy

v chování, zájmech a aktivitách. To se projevuje rutinním chováním v široké škále aspektů. Také se vyskytuje časté lpění k neobvyklým činnostem a rituálům, které nemají funkční charakter. (MKN-10, 2006)

Nejčastější typy poruch autistického spektra dle mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (2006):

Dětský autismus se projevuje od dětství nebo již v raném věku do 3 let. Abychom mohli určit diagnózu autismu, musí být problém ve všech částech triády postižených oblastí.

Atypický autismus se odlišuje většinou věkem začátku nebo tím, že nesplňuje zasaženou triádu diagnostických kritérií. Atypický autismus je velmi častý u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči.

Rettův syndrom je porucha, která se vyskytuje pouze u dívek, kdy se objevuje pozvolná ztráta řeči, porucha obratnosti se současným ukončením růstu hlavy. Charakteristická je také hyperventilace s kroutivými pohyby těla. Ve většině případů přítomnost těžké mentální retardace.

Jiná dětská dezintegrační porucha je charakterizována tím, že po období zcela běžného a normálního vývoje následuje trvalá ztráta získaných dovedností z různých oblastí vývoje. Doprovázena je ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací, podobně jako u autismu. Ve většině případů zůstane jedinec těžce mentálně postižen.

Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby. Tato skupina označuje jedince s těžkou mentální retardací (IQ pod 50), jejichž hlavní problém je především v hyperaktivitě, poruchách pozornosti a stereotypním chování. Tento fenomén jde velmi často ruku v ruce s řadou dalších vývojových opoždění, ať již specifických nebo globálních.

Aspergerův syndrom, jindy označován jako sociální dyslexie, je ve své podstatě porucha sociální interakce, kdy se opakuje stereotypní chování, zájmy a aktivity. Hlavním rozdílem je, že se nevyskytuje celkové zpoždění nebo retardace řeči ani kognitivního vývoje. Naopak většina jedinců má prů-

měrnou inteligenci. Tyto abnormality v chování mají velkou tendenci přetrvávat až do dospělosti. (MKN-10, 2006)

3.4.3 *Neurózy a psychózy*

- **Neurózy** můžeme označit jako lehčí psychiatrická onemocnění. Jedná se o duševní poruchy, kdy pacient trpí stavy úzkosti, deprese, stavy emoční tísně- projevující se fobií, úzkostí, somatickými projevy.

Deprese jsou poruchy nálady. Je patrný tzv. patologický smutek, plačtivost, snížené sebevědomí, pocit úzkosti a beznaděje, neschopnost radovat se. Patrný je také fenomén ruminace, tj. přemítání o určitých myšlenkách a možnostech řešení dokolečka, aniž by to mělo nějaký výsledek a význam. Jedinec může působit apaticky, je utlumený, úzkostně a agitovaně, vyvíjí neúčelnou aktivitu. (MKN-10, 2006)

Manická nebo hypomanická fáze je porucha afektivity nebo nálady, která je charakterizovaná euforií, nadnesenou dobrou náladou, mírným zvýšením energie, aktivity, sociability, sníženou potřebou spánku, zvýšenou sexualitou atd. Jedinec se cítí silný, neohrožený a neporazitelný v životní síle, může jednat nepřiměřeně až agresivně.

Bipolární afektivní porucha spočívá v atakách patrné zvýšené nálady ve smyslu *manie* či *hypomanie*, jindy v atakách zhoršené a snížené nálady ve smyslu *deprese*.

Úzkostné poruchy např. *generalizovaná úzkostná porucha* (nekontrolovatelné obavy a úzkosti v běžných denních situacích); *obsedantně kompulzivní porucha* (nutkání vykonávat určitý soubor činností; obsese- utkvělá myšlenka; kompulze- vykonání, reakce) atd.

Fobie jsou úzkostné poruchy, které se projevují bezpředmětným a chorobným strachem z určitých věcí či situací. Jedinec si tento fenomén uvědomuje, nezvládá ho však efektivně potlačit. Je celá řada fobií- nejčastější jsou *agorafobie*, *sociální fobie* a *specifické fobie*- většinou nesou název dle objektu, na který jsou vázány. K fobiím se pojí celá řada fyziologických příznaků. Obtížné dýchání, neklid, závratě, bušení srdce, zrychlený tep, pocit horka či chladu atd. (MKN-10, 2006)

- **Psychózy** řadíme mezi těžší a závažný duševní stav- neschopnost jedince chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Jedná se o disociaci mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Tito jedinci nevnímají svou chorobu a považují se za zdravé jedince. Charakteristické jsou *halucinace* (sluchové) a *bludy* (paranoidní). (MKN-10, 2006)

Schizofrenie je psychotické onemocnění, psychóza. Charakterizujeme ji jako stav rozdělení mysli, který se projevuje poruchou mnoha duševních funkcí - myšlení, vnímání, emotivity, pozornosti, paměti, atd. Mezi hlavní rysy této choroby patří např. nestandardní myšlení, halucinace, bludy, emoční plochost, nemožnost prožívání radosti. Nejčastějším typem schizofrenie je *paranoidní typ*.

Schizotypální porucha je charakteristická výstředním chováním, poruchami myšlení a afektu s celou řadou symptomů- např. chladnost, nepřiměřenost, bizarní nápady, izolace atd.

Poruchy s bludy jsou charakteristické přetrvávajícími bludy, které jsou jedinou klinickou symptomatikou a které nelze zařadit jako organické, schizofrenní nebo afektivní. (MKN-10, 2006)

Cílem rehabilitace je rozvoj koncentrace, rovnováhy a koordinace, uvědomění si prostoru, navázání sociální komunikace, dostatek fyzické aktivity s režimovými opatřeními. Aby mohl jedinec využívat vybrané metodiky fyzioterapie, je důležité, aby byl kompenzován nejprve farmakologickou terapeutickou intervencí.

3.5 Etopedie a propojení s fyzioterapií

Etopedie, z řeckých slov *ethós*, mrav a *paideia*, výchova, je disciplínou speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců sociálně narušených, čili obtížně vychovatelné mládeže s poruchou chování.

Jedná se o disciplínu speciální pedagogiky nejmladší, kdy sleduje především příčiny a projevy chování jedince mimo společenskou normu a zároveň hledá reedukační opatření a možnosti. (NOVOTNÁ, KREMLIČKOVÁ, 1997)

„Poruchy chování jsou charakteristické takovými projevy jedince, které se vymykají přiměřenému chování dané věkové a sociokulturní skupiny.“ (KLÍMA, 1987 in SLOWÍK, 2007, str. 135)

Problematika poruch chování je v dnešní době velmi citlivým tématem, díky četnosti jedinců, kteří takové známky poruch chování vykazují. Diagnostika by měla být odborná a citlivě indikována, abychom efektivně odlišili sociálně či psychicky podmíněné poruchy od specifických poruch chování, které se mohou vázat k jiným syndromům, např. ADHD, ADD, ODD nebo jiným výkyvům typickým pro období adolescence.

Škála projevů poruch chování je velmi široká, ale nejčastěji se jedná o lhaní, krádeže, zlovyky, záškoláctví, útěky, toulání, agresivita a šikanování, drogové závislosti, gamblerství, závislosti na sektách, sexuální deviace a sebevražedné jednání.

3.5.1 Nejdůležitější vzorce chování

Disociální chování je nespolečenské a nepřiměřené chování, které se dá ovlivnit pedagogickou intervencí a mívá přechodný ráz (neposlušnost, vzdorovitost, negativismus atd.)

Asociální chování je takové, které je již v rozporu se společenskými zásadami a postrádá sociální cítění. Jedinec se výrazně odlišuje od společnosti, ale ještě nepřekračuje právní normy (záškoláctví, alkoholismus, toxikomanie atd.)

Antisociální chování je chování, které je proti veškerým společenským zásadám. Jedinec svým chováním poškozují nejen sebe, ale i společnost a ohrožuje již i lidský život, kdy současně porušuje právní normy (veškerá kriminální činnost, jako krádeže, loupeže, sexuální delikty, vraždy, atd.) Náprava jedince s tímto modelem chování je realizována ústavní péčí, ať už se jedná o zařízení školská či věznici. (PIPEKOVÁ, 1998)

podle vlivu na socializaci jedince	socializované poruchy (jedinec má přiměřené sociální vazby v rodině i mimo ni) nesocializované poruchy (hlubší vztahy jedince zejména k vrstevníkům jsou narušené nebo chybí)
podle příčin	psychologicky podmíněné poruchy (poruchy chování na podkladě patologických stavů psychiky, psychických poruch nebo onemocnění) sociálně podmíněné poruchy (odchylky v chování způsobené vlivem sociálního, nejčastěji rodinného prostředí)
podle agresivity	agresivní poruchy neagresivní poruchy
podle stupně společenské závažnosti	disociální chování – nepřiměřené, nespolečenské chování, které je možné zvládnout běžnými pedagogickými postupy (např. zlozvyky, vzdorovitost, negativismus, lež atd.) asociální chování (porušování společenských norem, které intenzitou nemusí překračovat právní předpisy, např. záškoláctví, útky, závislostní chování apod.) antisociální chování – protispolečenské jednání, zaměřené proti společnosti a druhým lidem, porušování platných zákonů, kriminalita (např. krádeže, loupeže, vandalství, sexuální delikty, zabití, vraždy, vystupňované násilí atd.)
podle věku	děti (6–15 let) – dětská delikvence a predelikvence – prekriminalita příznačná je skupinovitost, malá připravenost a promyšlenost, vázanost především na riziková období (počátek školní docházky, puberta) mladiství (15–18 let) – juvenilní delikvence – kriminalita mladistvých vázanost zpravidla na období dospívání (sociální změny, vliv vrstevníků, zvláštnosti psychosomatického vývoje, sociální nezralost), časté recidivy dospělí (nad 18 let) – kriminalita dospělých závažná a rozsáhlá trestná činnost, časté recidivy

Obrázek 4: Přehledná klasifikace poruch chování dle Slowíka (SLOWÍK 2007, str. 139)

3.5.2 Převýchovný proces

Ústavní výchova či péče je nařízena soudem na základě občansko-právního vztahu a nemá ze zákona trestní, ale preventivní charakter. Ústavní výchova je realizována v kojeneckém ústavu, dětském domově a dětském domově se školou.

Ochranná výchova či péče je výchovné opatření, které ukládá soud v trestním řízení za činy, které by byly u dospělého jedince posuzovány jako trestné. Tato opatření jsou uložena do věku 18 let jedince. Soud může ochrannou výchovu prodloužit, nejdéle však do 19 let věku jedince. Ochranná výchova se týká především dětí od 12 let, a je proto realizována v dětském domově, dětském domově se školou či ve výchovném ústavu. (PIPEKOVÁ, 1998)

3.5.3 *Instituce ústavní péče zajišťující reedukaci*

V **diagnostickém ústavu** se jedinec ocitá na základě rozhodnutí rodičů, zákonných zástupců či soudu, kde je jedinec podroben diagnostice po dobu 8 týdnů a to pedagogicky, psychologicky, sociálně i zdravotně. V diagnostickém ústavu se především zjišťuje stupeň mravního narušení, sociální zanedbanosti a zjišťují se příčiny problému a možnosti nápravy. Většinou se člení na ústavy pro děti, mládež a cizince.

Dětský domov zařazujeme do školského zařízení, poskytujícího ústavní výchovu. Zde se jedinec ocitá především z důvodů sociálních. Dětské domovy jsou pro jedince duševně i tělesně zdravé a jsou často i bez závažných výchovných problémů, kdy vzdělávání probíhá ve školách mimo dětský domov.

Dětský domov se školou zabezpečuje péči o jedince, jimž byla nařízená ústavní výchova či uložena ochranná výchova a to v případech, kdy mají závažné poruchy chování nebo vyžadují-li výchovně léčebnou péči. Z pravidla se zde ocitají jedinci od 6 let do ukončení povinné školní docházky.

Výchovný ústav je stěžejním subjektem, který zajišťuje převýchovný proces mládeži od 15 let (ve výjimečných případech některé VÚ již od 12 let- např. nezletilé matky), u nichž byla nařízena ústavní výchova či ochranná výchova.

Při výchovném ústavu může být ambulantně zřízeno středisko výchovné péče a střední odborné učiliště, které jedincům poskytne dvouleté vzdělání ukončené výučním listem. (RENOTIÉROVÁ et al., 2006)

Cílem rehabilitace je především rozvoj koncentrace a sebeovládání, léčebná tělesná výchova a zdravý a náročný pohyb, kterým eliminujeme přebytek energie. Nejvíce se však z hlediska fyzioterapie využívá hiporehabilitace, která je velmi účinnou metodou. Jedinec musí podstoupit střet svého ega

s velmi neústupným a uvědomělých sokem – psychicky odolným koněm. Těmto „etopedickým“ jedincům je záměrně přidělen velmi temperamentní kůň, který vzbouzí přirozený respekt, strach a zároveň jedince učí zodpovědnosti a pozitivnímu přístupu. Tento typický profil nápravného koně velmi rychle a efektivně dokáže daného jedince „usměrnit“, a to nejen v sedle, ale již při samotné přípravě koně na jízdu.

3.6 Vybrané diagnózy etopedie

V této podkapitole bychom chtěli blíže popsat vybrané diagnózy, které jsou ve spojitosti s psychickými poruchami a jež je třeba pro úplnost problematiky zmínit.

3.6.1 Závislosti

Jedná se o soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu znovu. (MKN-10, 2006)

Zde zmíníme především závislosti na alkoholu, drogách a patologické hráčství, které jsou v našich zeměpisných šířkách nejčastější.

Závislost na alkoholu je chorobná závislost na požívání alkoholických nápojů. Tato problematika má již markantní psychologicko-ekonomický rozměr, protože alkohol patří mezi drogy tolerované a je pro ekonomickou společnost velmi cenným zdrojem příjmů. V dnešní době je alkohol spíše spojen se zábavou a uvolněním. Opak je pravdou. Největší negativní vliv má především na mladistvé a ženy. Nejčastěji je vztah k alkoholu rozdělen do několika úrovní. *Abstinenti* nepožívají nikdy žádný alkohol. *Konzumenti* pijí alkohol pro chuť v přiměřeném množství. *Pijáci* nepijí již jen pro chuť, ale pro dopad. Tato skupina se nejvíce rozrůstá. *Závislí alkoholicí*.

Toxikomanie je závislost na psychoaktivních látkách- drogách.

Drogy většinou působí *psychostimulačně* - stavy euforie; *psychoinhibičně* - potlačení deprese a úzkosti; *dezintegračně* - drogy vyvolávají stavy halucinací a bludné představy. Pro drogovou závislost je typický fenomén bažení - tzv. *craving*, kdy se objevuje nutkání po droze a stav psychické a fyzické

nouze v nepřítomnosti drogy. Mezi nejčastější drogy u nás patří *stimulační drogy* - pervitin, kokain, crack, extáze, atd.; *opiáty* - opium, heroin; *produkty konopí* - marihuana, hašiš; *halucinogenní drogy* - LSD; *těkavé látky* - toluen, iron.

Patologické hráčství - gamblerství. Tento fenomén je vázán na pocit uspokojení z výhry a postupné fixaci na penězích. Jedinec se většinou i po prohrané hře ukonejší myšlenkou, že to příští hru určitě vyjde a vše vyhraje zpět, tak pokračuje ve hře dál a dál. Jedincova finanční ztráta se neustále prohlubuje a hra způsobuje téměř totožné pocity a vyvolává obdobné negativní pocity, které mají vliv na změnu jedince, jako u drogy.

Porucha spočívá v častých a opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě jedince a které jsou patrné na úkor závazků sociálních, materiálních a rodinných. U mladistvých je riziko největší, protože patologická závislost mívá rychlý progres. (NOVOTNÁ, KREMLIČKOVÁ, 1997), (MKN-10, 2006)

U výše zmíněných závislostí bývá často stav propojený s kriminální činností, jedinec se totiž ocitá v tíživé životní situaci, kdy potřebuje nové prostředky na drogu či další hru. Díky této skutečnosti udělá vše proto, aby nové prostředky získal, a tak nemá problém spáchat kriminální delikt, nejrůznějšího stupně či rozsahu.

Jak již bylo řečeno, z hlediska fyzioterapie je velmi účinnou metodou intervence hiporehabilitace. Jedinci se závislostmi o hiporehabilitaci jeví velký zájem, přičemž touto metodou dochází k velmi efektivnímu ovlivnění stavu závislosti. Hlavní cíle terapie jsou usměrnění nezdravého sebevědomí a nekázně, donucení k práci, psychická podpora díky koni při obtížné léčbě a demonstrace nedostatečné fyzické kondice díky stylu života, který jedince vedl.

3.6.2 *Sexuální deviace*

Sexuální deviace neboli aberace řadíme mezi poruchy chování spojované s uspokojováním sexuální potřeby jedince. Tento fenomén je velmi svízelně diagnostikován - na základě rozdílné tolerance k nim, na základě rozdílného pohledu historického i individuálně empirického. Sporná je též „normalita“

sexuálního chování. Co však víme je fakt, že se sexuální aberace vážou na stavy psychické zátěže. (NOVOTNÁ, KREMLIČKOVÁ, 1997), (MKN-10, 2006)

Zde je taktéž metodou první volby, co se vybraných metod fyzioterapie týče, hiporehabilitace v rámci dlouhodobé ochranné léčby, která probíhá většinou ústavní formou. V hiporehabilitaci využíváme především sportovně rekreační ježdění a AVK. Hlavním cílem je zde především změna prostředí a resocializace.

3.7 SVPŠD a propojení s fyzioterapií

SVPŠD neboli specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou jedním z nejdůležitějších témat speciální pedagogiky. Slowík (2007) uvádí, že poruchy těchto dílčích schopností patří mezi nejčastější druhy znevýhodnění, které zařadí jedince do kategorie integrovaných žáků, tedy žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

„Pojem poruchy učení je souhrnným označením různorodých skupin poruch, které se projevují nejčastěji obtížemi při nabývání a užívání zejména tzv. školních dovedností (čtení, psaní, počítání atd.) u jedinců s alespoň průměrnou úrovní intelektu.“ (SLOWÍK, 2007, str. 124)

Tyto poruchy můžeme ještě rozdělit na *specifické* - dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, dysmusie, dyspinxie a *nespecifické* - poruchy primárně způsobené z jiného důvodu - pseudodyslexie (např. díky mentální retardaci), agrafie (schází schopnost psát diktáty, opis atd.), hyperlexie (mimořádná schopnost naučit se čtení při nízké inteligenci).

Mezi příčiny těchto poruch patří LMD - 50%, dědičnost - 20% (gen dyslexie K3), kombinace LMD a dědičnosti 15%, neurologická nebo nezjištěná etiologie. Nejúčinnější metodou terapie se jeví přístup reedukace, kdy se snažíme o převýchovu, utváření a výchovu psychických funkcí, které jsou nutné ke zvládnutí složitějších dovedností. (ZELINKOVÁ, 2005)

Rozdělení jednotlivých dílčích poruch dle Zelinkové (2005):

Dyslexie je porucha osvojování čtenářských dovedností. Obvykle se vyskytuje na podkladě percepčních deficitů - zvukové a zrakové percepce. Ty-

to poruchy se nejvíce promítají do rychlosti čtení; správnosti čtení - chybovosti; techniky - dvojího čtení; porozumění čtenému textu.

Dysgrafie je porucha osvojování písma. Jedinec si obtížně pamatuje a napodobuje tvary, často je porucha spojena s nesprávným držením psacího náčiní. Nápravou je např. rozvíjení hrubé motoriky, jemné motoriky, kompenzace - psaní velkými písmeny, na počítači, kopírování zápisků.

Dysortografie je porucha osvojení pravopisu, projevuje se na dvou úrovních:

- zvýšený počet specifických dysortografických chyb- dlouhé a krátké samohlásky, sykavky
- obtíže v osvojení gramatiky - fatální je zkoušení ústně a individuální známkování či hodnocení

Náprava: reedukace specifických dysortografických chyb, např. využití bzučáku, nácvik rytmu slov, diktovat si hlasitě psaný text.

Dyskalkulie je porucha osvojování matematických dovedností, projevuje se několika typy:

- praktognostická - narušení matematické manipulace s předměty či symboly
- verbální - obtíže označit počet, obtíže vyslovení čísla
- lexická - zaměňování tvarově podobných číslic
- grafická - neschopnost psát matematické znaky
- operační - porucha schopnosti provádět matematické operace
- ideognostická - porucha v chápání matematických pojmů a vztahů mezi nimi, např. řešení slovních úloh atd. (ZELINKOVÁ, 2005)

3.8 Vybrané „diagnózy“ ve spojitosti se SVPŠD

V této podkapitole bychom chtěli blíže popsat vybrané diagnózy (nejedná se o diagnózy v pravém slova smyslu, ale o fenomény), které jsou v rámci fyzioterapie a specifických vývojových poruch školních dovedností důležité.

3.8.1 *Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD)*

Jedná se o neurovývojovou poruchu, která je charakteristická věku dítěte, nepřiměřeným stupněm nižší pozornosti, zvýšené aktivity, hyperaktivity a vyšším stupněm impulzivity. Tyto potíže jsou chronického rázu a nejsou podmíněny na základě jiného postižení.

Jedinec má např. typické obtíže dodržovat pravidla, provádět opakované pracovní výkony a těžce také dodržuje pravidla chování.

Hyperaktivita se dá rozlišit již před narozením dítěte. Projevuje se již neklidným spánkem u batolat. Typická je nepozornost, upovídanost se ztrátou dějové linie.

Impulzivita je neschopnost zamezit reakci na impulz. Na základě impulzivity mají jedinci překážky v sociálních vztazích, které mohou přerůst až do opozičního chování či chronické agresivity.

Porucha se může projevovat ve spojení s agresivitou. Jedinec, který trpí ADHD s agresivitou je nesnášenlivý, hádavý, trpí nedostatkem sebeovládání a někdy je tento stav vystupňován až do antisociálního chování. V etiologii hraje velkou roli dysfunkční rodina.

Příznaky jsou potíže v udržení pozornosti, chyby z nepozornosti, roztěkanost, zbrkllost, chybná organizace práce, zhoršení v koordinaci- časté úrazy, ztráta osobních věcí, poruchy spánku.

Cílem rehabilitace je především kompenzace hyperaktivního chování- cílené zatížení jedince adekvátní fyzickou aktivitou, zlepšení pozornosti, soustředěnosti, komunikace, koordinace. (TRAIN, 1997), (RENOTIÉROVÁ et al., 2006)

Ideální z hlediska terapie a propojení s fyzioterapií je využití hiporehabilitace, kdy využíváme aktivit s využitím koní, které velmi efektivně ovlivňují veškeré projevy ADHD a které se velmi často kladně projevuje i ve školních výsledcích. Jedinci s ADHD se již ve stáji, při péči o koně, učí systematickosti atd. Při samotné jízdě a náročnější cvičební jednotce na koni efektivně tlumíme hyperaktivitu a impulzivitu. Terapeutický kůň je v tomto případě velmi klidný a měl by tlumit projevy v chování jedince.

3.8.2 *Attention Deficit Disorder (ADD)*

Jedná se o prostou poruchu pozornosti, která se projevuje bez poruchy impulzivity a hyperaktivity. ADD je často označována jako tzv. „denní snění“, kdy jsou u jedinců patrné typické projevy přecitlivělosti, úzkosti, neschopnosti zaměření pozornosti, obtíže v navazování sociálních kontaktů a je zde větší výskyt poruch učení, než u skupiny ADHD. (RENOTIÉROVÁ et al., 2006), (TRAIN, 1997)

Cílem rehabilitace je především stimulace jedince, navozování sebedůvěry a sociálního kontaktu. I zde je ideální formou terapie např. hiporehabilitace. Pro tyto jedince s ADD je ideální temperamentnější kůň, který svého jezdce posune za hranice svých možností.

3.8.3 *Oppositional Defiant Disorder (ODD)*

ODD neboli opoziční chování či porucha opozičního vzdoru je až u 60% jedinců, kteří mají ADHD s agresivitou. Diagnóza se stanovuje, pokud nejméně čtyři znaky z klinických projevů trvají po dobu 6 měsíců v několika prostředích. U jedinců je typická přítomnost negativních znaků, např. extrémní fyzická agresivita, oslabená sebekontrola, zlomyslnost, úmyslné obtěžování ostatních jedinců, opakované odmítání plnění požadavků ostatních atd. (RENOTIÉROVÁ et al., 2006), (TRAIN, 1997)

I u těchto jedinců je v propojení s fyzioterapií velmi vhodná indikace hiporehabilitace. Využíváme aktivit s využitím koní, ale i terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků. V terapii indikujeme koně temperamentnějšího charakteru, kteří v konfrontaci s jedincovým egem jednoznačně dominují a jedince „vydusí a vyškolí“. Díky tomu je hiporehabilitace velmi nenásilnou metodou, kdy na jedince působíme kladně a především pedagogicky, sociálně a psychoterapeuticky.

3.9 Logopedie a propojení s fyzioterapií

Z řeckého slova logos, slovo, je logopedie disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláním jedinců s poruchami, vadami řeči

či jedinci nemluvicími. V popředí je tedy jedinec, který má narušenou komunikační schopnost.

Logopedii můžeme považovat za velmi interdisciplinární, protože se pojí s dalšími obory- medicínou - pediatrií, ORL, foniatrií, neurologií; psychologii- vývojovou; jazykovými obory- fonetikou, fonologií. (PEUTELSCHMIEDOVÁ in RENOTIEROVÁ et al., 2006)

Narušená komunikace může být z mnoha etiologických hledisek. Velmi často se vyskytuje ve spojitosti s nezralostí jedince a jeho opožděným vývojem, s organickým poškozením centrální nervové soustavy, se sluchovým postižením, s poškozením mluvidel, s psychickými faktory. (SLOWÍK, 2007)

3.9.1 Důležité pojmy

Jazyk - souhrn sdělovacích prostředků ve společenské skupině; *Řeč* - užívání verbálních a neverbálních jazykových prostředků; *Mluva* - způsob používání řeči; *Komunikace, communicatio* - komunikace, sdělování. Může být verbální (mluvená a psaná řeč), nonverbální (mimoslovní), činem; *Komunikátor* - ten, co mluví a sděluje informace; *Komunikant* - ten, co přijímá informace; *Komuniké* - obsah sdělení, informace; *Komunikační kanál* - kudy a jakým způsobem proudí informace. (PEUTELSCHMIEDOVÁ in RENOTIEROVÁ et al., 2006)

3.9.2 Vývoj řeči

První hlasový projev jedince, můžeme spatřovat již ke konci těhotenství tzv. nitroděložním kvílením, po té následuje fáze reflexního křiku novorozence. Můžeme říci, že první komunikace je již 3 hodiny od porodu při kojení, kdy je dítě schopno příklonu. V období mezi 2. - 3. týdnem můžeme spatřovat výrazový mimický pohyb- úsměv. V 6. týdnu již pozorujeme citové zabarvení v křiku. V období mezi 2. - 3. měsícem pozorujeme reakce úsměvem na úsměv a je zde patrná fáze tzv. žvatlání, kdy se jedná o pudové reakce. 6. - 8. měsíc je obdobím, kdy jedinec napodobuje žvatlání, má již výbavnou zrakovou a sluchovou kontrolu a patrná je tzv. echolálie - kdy opakuje všechno, co slyší.

Kolem 10. měsíce života jedinec rozumí řeči i obsahu, ale nechápe ještě izolovaná slova, řeč je v úrovni 1. signální soustavy. V 1. roce života se proje-

vuje vlastní vývoj řeči, ten pokračuje do 2. roku věku, kdy spatřujeme období jednoslovných vět. Dítě vyjadřuje přání, touhy a pro jedince je mluvení v podstatě činnost. Mezi 2. - 3. rokem života je patrný velmi prudký rozvoj komunikačních schopností, objevuje se stádium logických pojmů a jedinec komunikuje již v 2. signální soustavě- má již schopnost abstrakce. Mezi 3. - 4. rokem života a dále, probíhá fáze intelektualizace řeči. Narůstá kvantita slov, jedinec objevuje cizí pojmy a ty rozvíjí. (LECHTA, 1990)

Pro logopedickou diagnostiku je nezbytná znalost tzv. jazykových rovin. Proto, abychom mohli diagnostikovat narušenou komunikační schopnost, musí být přítomno postižení jedné nebo více těchto rovin. Jazykové roviny dle Lechty (1990) a Peutelschmiedové (2003):

Morfologicko-syntaktická (gramatická)- bere ohled na gramatiku, zvukovou stránku řeči.

Lexikálně-sémantická (lexická)- bere ohled na slovní zásobu a porozumění významu slov.

Foneticko-fonologická (zvuková)- výslovnost a zvuková stránka řeči.

Pragmatická - používání řeči, sociální upotřebení řeči.

Narušení komunikační schopnosti- klasifikace dle Lechty (1990):

Vývojová nemluvnost- Dg.- vývojová dysfázie- orgánová porucha vývoje řeči na podkladě postižení řečových center v CNS. Narušena může být celá škála složek řečového projevu- *senzorická (percepční)* - porucha vnímání, paměti a porozumění řeči, jedinec nezvládá dekodovat řeč; *motorická (expresivní)*- porucha vyjadřování, slovní zásoba je nižší, obtíže se zapamatováním slov a jejich výbavností; *smíšená*- bývá nejčastější, jedná se o expresivní poruchu smíšenou s poruchou porozumění mluveného.

Vývojová dysfázie nepatří mezi primární poruchy intelektu, a také není symptomem mentální retardace apod. Protože však skrze řeč a její vývoj dochází k rozvoji a zrání myšlení jedince, je nezbytné udělat celou řadu kroků k intervenci tohoto stavu (diagnostika a na základě ní příslušná intervence, která umožní stimul rozvoji ve všech oblastech postižení. Ohrožením řečového rozvoje, by byl totiž ohrožen i jedincův vývoj psychický.

Získaná orgánová nemluvnost- Dg.- afázie- porucha, projev na již vybudovaných komunikačních schopnostech člověka. Etiologie- ložiskové poškození mozku různé lokace (úrazy mozku, ischemické poškození mozku, nitrolební nádory, encefalitida, meningoencefalitida, degenerativní onemocnění- m. Parkinson, m. Alzheimer) a dle etiologie se odvíjí klinický obraz (porucha rozumění mluvené řeči, porucha pojmenování atd.). Většinou se jedná o postižení dominantní hemisféry. Nyní si uvedeme jen nejrozšířenější typy:

- Afázie motorická (Brocova, motorická) - porucha schopnosti mluvit při zachovalé schopnosti rozumět. Jedinec rozumí, výzvě vyhoví, postižena jsou motorická centra ve frontálním závitu mozku.
- Afázie senzorká (Wernickeova, perceptivní) - porucha rozumění řeči mluvené i psané, schopnost mluvy však zachována. Jedinec nerozumí tomu, co říká a svou poruchu si neuvědomuje, postižena jsou senzitivní centra v temporálním závitu mozku.
- Afázie globální (komplexní)- kombinace obou předchozích forem. Tento stav se objevuje u těžších stavů, kdy jsou postiženy senzorká i motorická centra.

Získaná psychogenní nemluvnost- Dg.- mutismus, surdomutismus, elektivní mutismus. U těchto diagnóz se nejedná o orgánové postižení mozku či mluvidel.

Mutismus- psychogenní nemluvnost má svůj základ v psychické poruše a jedná se o ztrátu komunikačních schopností na psychiatrickém základě. Tento fenomén může nastat na základě psychického trauma, které jedinci nedovoluje tvořit hlas.

Surdomutismus- jedinec oněmí a neslyší, a to bez orgánového poškození, obvykle se vyskytuje jako hysterická reakce na duševní trauma- tzv. neuroza řeči.

Elektivní mutismus, tzv. mluvní negativismus, je výběrová nemluvnost vůči okolí, prostředí či konkrétní osobě. Vzniká na základě akutního psychotrauma či na základě nevhodných výchovných postupů mezi rodiči a dítětem.

Narušení zvuku řeči- Dg.- rinolálie, palatolálie- jedná se o poruchy, které jsou na základě orgánového postižení.

Rinolálie- huhňavost je narušení komunikačních schopností, kdy postihuje zvuk i artikulaci, narušena je nosní i ústní rezonance. Rozeznáváme hyponasalitu - zavřená huhňavost- nosovost snížena. Příčinnou je jedna nebo více překážek v dutině nosní. Dále pak hypernasalitu - otevřená huhňavost- nosovost zvýšena- silné nosní zabarvení všech orálních hlásek. Etiologie těchto stavů: organická (rýma, polypy, zvětšené mandle), funkční (zbytnělá nosní mandle, porucha závěru dýchací trubice), vrozená (rozštěpy atd.), získaná (poškození měkkého patra, roztroušená skleróza, úrazy, záněty, nádory, CMP, tonsilektomie).

Palatolálie- narušená komunikační schopnost- příčinnou orofaciální rozštěp. Vyskytují se rozštěpy primárního patra (ret a alveolární výběžek) a sekundárního patra (tvrdé a měkké patro). Příčiny nejsou tak úplně známy, ale nejčastěji se jedná o multifaktoriální problematiku. Rozštěpem vzniká změna rezonance, artikulace a je narušena také srozumitelnost. Dopady se promítají v komunikaci, estetice, ve společenských vztazích atd. Klasifikovat rozštěpy lze na úroveň dobrá (srozumitelná řeč), společensky únosná, těžší srozumitelnost a na úroveň kdy je řeč nesrozumitelná.

Narušení fluence řeči- Dg.- *tumultus sermonis*, *balbuties*- poruchy na základě orgánového postižení.

Tumultus sermonis- breptavost je narušení komunikačních schopností, kdy si jedinec postižení neuvědomuje, stresující je tento fenomén spíše pro okolí. Jedinec má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Toto narušení komunikačních schopností je projevem centrálního charakteru a projevuje se ve čtení, psaní, rytmu, hudebnosti i chování, přesto že je intelekt jedince normální. Jedinec se často projevuje disorganizací výpovědi, chudou slovní zásobou, rychlým tempem řeči, opakuje hlásky, slabiky, slova a věty, vyskytují se ve výpovědi tzv. embolofrazie - slovní vmetky.

Balbuties- koktavost. V dnešní době je překonaným názorem to, že koktavost má neurologický podklad nebo že se jedná o poruchu vztahu matka - dítě.

Lechta (1990) koktavost popisuje jako syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, které se nejnápadněji projevuje charakteristickými a nedobrovolnými tonicko-klonickými fenomény (přerušování), které narušují plynulost procesu mluvení. Incidence je zhruba 3:1 ve prospěch chlapců, kdy trpí koktavostí více také pro pozdější dozrávání CNS. Nejčastější fenomény pozorujeme tonické - tlačení; klonické - opakování; tonicko-klonické - spojené. Příznaky koktání se komplexně projevují většinou ve všech jazykových rovinách.

Narušení článkování řeči- Dg. - dyslalie, dysartrie- poruchy, které jsou na základě orgánového postižení.

Dyslalie- patlavost je narušení komunikačních schopností, které se projevuje poruchou artikulace a článkování řeči, je narušena jedna nebo více skupin hlásek rodného jazyka.

Nejčastější fenomény- poruchy vyslovování R, Ř (rotacismus), S, Š, L (lambdacismus); elize (vynechávání hlásek); metateze (přesmykování hlásek); kontaminace (směšování hlásek); asimilace (připodobňování). Etiologie-funkční- neobratnost mluvidel (typ motorický), nesprávné vnímání zvuku (typ sensorický) nebo organická- nedostatky a změny na mluvních orgánech.

Dysartrie- narušení komunikačních schopností, kdy jedinec trpí poruchou motorické realizace řeči jako celku. Zjednodušeně se jedná o poruchu artikulace (narušení její koordinace). Podobný pojem anartrie- neschopnost artikulace (nejtěžší stupeň dysartrie). Příčinnou je nejčastěji orgánové poškození mozku.

Rozlišujeme: korová - narušené tempo, melodie; pyramidová - narušena mimika, zvýšená nosovost, tvrdá řeč; extrapyramidová - hypertonická (pomalá, ztuhlá řeč, zvýšená nosovost), hypotonická (narušeno dýchání); bulbární - otevřená huhňavost, dysfonie, afonie hlasu; cerebelární - otevřená huhňavost, chybná síla a rychlost, namáhavá a nesrozumitelná řeč; smíšená - kombinace uvedeného.

Poruchy hlasu- Dg. - dysfonie, afonie, dysodie. Příčinami těchto poruch je ve většině případů dědičnost a poruchy hrtanu, také však časté záněty,

alergie a nesprávná hlasová technika a hygiena. Dysfonie- funkční porucha hlasu; Afonie - ztráta hlasu; Dysodie - porucha zpěvného hlasu.

3.10 Vybrané diagnózy v logopedii

Dovolíme si tvrdit, že jednou ze stěžejních metod terapie, které lze u jedinců s narušenými komunikačními schopnostmi využít je právě fyzioterapie. Narušené komunikační schopnosti bývají spojené s opožděným vývojem, využíváme hojně Vojtovu metodu reflexní lokomoce či metodu Rozwithy Brun- kow, kterou navozujeme pozice cviků dle ontogenetického vývoje a cvičíme od jednotlivých vývojových stádií. Využít lze také celou řadu dechových cvičení a lokalizovaného dýchání, analytické cvičení mimiky a svalů obličeje, měkké a mobilizační techniky pro uvolnění mimických svalů (analyticky dle svalového testu), Kenny koncept atd.

3.10.1 Obrna lícního nervu - *n. facialis*

Jak již bylo řečeno, rehabilitace je významnou složkou v terapeutické intervenci jedince. Prim hraje především u jedinců s centrální či periferní obrnou lícního nervu - *n. facialis*, kdy je nutno využít metodiky fyzioterapie k ovlivnění stavu jedince a poté analyticky sval po svalu reedukovat jedince. Tato obrna lícního nervu vzniká často po infektech, zánětech ucha, boreli- ózách, frakturách a tumorech v oblasti pyramidy. U jedince je patrné narušení komunikačních schopností, protože tento lícní nerv inervuje celou řadu mimic- kých svalů, díky kterým je řeč a mimika realizována.

U periferní obrny lícního nervu je přítomna paréza či plegie celé polo- viny obličeje. Typický je v klinickém obraze pokles víčka, koutku a vyhlazené mimické svalstvo.

U centrální obrny lícního nervu je typická paréza mimického svalstva v dolní polovině obličeje (pokles koutku, porucha cenění zubů). (AMBLER, 2006)

V rehabilitaci toho stavu je třeba nejprve kvalitně prohřát tvář suchým teplem (horké zábaly dle sestry Kenny, solux, parafín), poté aplikovat masáž mimických svalů - uvolňovat zkrácené tkáně, využívat elektrostimulaci, dokud

není aktivní pohyb u jedince a především je nutné využít analytického cvičení mimických svalů - nejprve několikrát provést stimulační pohyb daného svalu a poté reedukovat funkci svalu. Jedinec se pohyb snaží provést a terapeut dopomáhá při pohybu a koriguje.

3.11 Surdopedie a propojení s fyzioterapií

Z řeckého slova *surdus*, hluchý, je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá jedinci se sluchovým postižením. Sluchové postižení můžeme považovat za velmi široký pojem a prognóza jedince s tímto postižením záleží na mnoha faktorech. Důležitými faktory jsou doba vzniku postižení a rozsah sluchové ztráty. „Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch.“ (SLOWÍK, 2007, str. 72)

Vzhledem k tomu, že máme ve sluchovém analyzátoru tzv. vestibulo-cochleární centrum, což je centrum rovnovážného ústrojí, je důležité si uvědomit, že se ztrátou sluchu jedinec ztrácí také orientaci v prostoru a koordinaci. Klasifikaci sluchového postižení podle různých kritérií přehledně popisuje Slowík (2007):

Podle typu:

Převodní vady - vady vnějšího a středního ucha, jedinec špatně slyší, příčinou jsou záněty, postižení zvukovodu, středního ucha či nádory. Jedinec hůře vnímá hluboké tóny a je patrná ztráta pružnosti sluchových kůstek- kladívko, kovádlínka, třmínek.

Percepční vady - jedná se již o vady závažnějšího rázu, jsou to vady vnitřního ucha a CNS, jedinec špatně rozumí. Příčinou jsou nejčastěji nádory, úrazy, meningitidy.

Smíšené vady - postižena je oblast celého sluchového analyzátoru. Jedinci jsou nedoslýchaví či ohluchlí a dorozumívají se skrze český jazyk tak, jak se ho naučili a znakovou řeč.

Podle stupně sluchové ztráty:

Nedoslýchaví - jedinci, kteří jsou při užití speciálních pomůcek schopni komunikace s okolím, využívají naslouchátko, cochleární implantát atd.

- lehce (ztráta 26-40 dB)
- středně (ztráta 41-55 dB)
- středně těžce (ztráta 56-70 dB)
- těžce (ztráta 71-91dB)
- neslyšící- jedinci, kteří ohluchli před rozvinutím mluvené řeči
- ohluchlí- využívají ke komunikaci spíše odezírání

Podle doby vzniku:

Vrozené postižení.

Získané postižení - prelingvální (jedinec přichází o sluch před rozvojem jazyka - obvykle jedinci, u kterých vzniklo sluchové postižení perinatálně nebo před zahájením vývoje řeči v raném věku) či postlingvální (u jedinců u kterých došlo k náhlé nebo postupné sluchové ztrátě po dokončení vývoje řeči) sluchová ztráta.

Podle etiologie:

Orgánové postižení.

Funkční postižení.

Příklad pro porovnání hlasitosti zvuku - nejčastější prostředí: do 5 dB- tichá komora (audiometrické vyšetření); 20 dB - klidná zahrádka; 30 dB - tichý šepot; 40 dB - tichý hovor; 50-60 dB - běžný rozhovor; 70 - 80 dB- rušná ulice; 110 dB- diskotéka

Hluk nad 30 dB je velmi nebezpečný pro nervový systém a psychiku, nad 65 dB pro vegetativní systém,

nad 90 dB pro sluchové ústrojí a hluk o intenzitě vyšší než 120 dB může trvale poškodit sluchové buňky a tkáň. (SOURALOVÁ, 2003 in SLOWÍK, 2007)

Dle Michalíka (2003) bylo mezi více než 1 miliónem jedinců s handicapem žijících na území ČR 300 tisíc osob se sluchovým postižením, což odpovídá 30% z celkového počtu osob se zdravotním znevýhodněním.

3.11.1 Formy komunikace neslyšících jedinců

V této části se budeme zabývat možnostmi komunikace u jedinců neslyšících, a to pro úplnost a komplexní náhled do problematiky surdopedie. U většiny jedinců se sluchovým postižením zachován zrak, odvíjí se od této skutečnosti i formy komunikace. Vycházet budeme ze zákona 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

Znakový jazyk - český znakový jazyk můžeme považovat za základní dorozumívací jazyk neslyšících v České republice. Jedná se o přirozený a plnohodnotný komunikační systém, který tvoří soubor specificky vizuálně - pohybových prostředků (tvary rukou, postavení, pohyby, mimika, pozice hlavy a horní části trupu). Český znakový jazyk má základní atributy jazyka - znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost, historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.

Znakovaná čeština - ve své podstatě se jedná o umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími. Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány odpovídající znaky českého znakového jazyka.

Daktyl neboli prstová abeceda, daktylotika, daktylní abeceda, prstnice je dalším prostředkem využívaným jak v interkulturní komunikaci, tak v intrakulturní komunikaci. Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Je také integrální součástí českého znakového jazyka a znakované češtiny, kde se využívá k odhláskování cizích slov, odborných termínů a pojmů, pro které dosud nejsou ustáleny znaky českého znakového jazyka.

Odezírání - v interkulturní komunikaci zaujímá vizuální vnímání mluvené řeči, čili odezírání, významné postavení. Odezírání chápeme jako vnímání informací zrakem, kdy jedinec rozumí jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, pomlk v řeči, gestikulace rukou, celkové postury aktivního mluvčího, situačních faktorů a kontextu obsahu. Pohyby mluvidel, které jedinec vnímá při mluvě, zároveň považuje za jakési signály mluvené řeči a odborně je označujeme jako kinémy. Odezírání je velmi náročná psychická

činnost, která vyžaduje maximální soustředění a může být ovlivněno celou řadou vnějších i vnitřních faktorů.

Vnější faktory: intenzita a směr světla, vzdálenost při komunikaci, úroveň obličejové komunikujícího, vizuálně přiměřená mluvní technika,

vnitřní faktory: fyziologické podmínky odezírajícího, verbální podmínky odezírajícího, psychický stav, sociální podmínky.

Tuto formu komunikace velmi usnadňuje mimoslovní komunikace, mimika a gestikulace.

Mluvená řeč - je pro neslyšícího jedince asi nejobtížnější formou komunikace, protože spočívá ve výcviku běžně mluvené řeči, kdy jedinec nemá dostatečnou zpětnou vazbu. Dnes již existují metody a postupy, díky nimž může jedinec vytrénovat dýchání, frekvenci, hlasitost, rytmus, výslovnost apod.

Totální komunikace - jedná se o využití všech komunikačních prostředků, pomůcek, postupů, které vedou k optimálnímu rozvoji řeči.

Co se forem komunikace týče, jedinec neslyšící má ze zákona právo používat znakovou řeč (znakový jazyk, znakovaná čeština), má právo na vzdělávání s využitím znakové řeči a na výuku znakové řeči. (SBÍRKA ZÁKONŮ, zák. č. 155/1998 Sb., 384/2008 Sb.), (LECHTA, 1990), (RENOTIÉROVÁ et al., 2006), (SLOWÍK, 2007)

Také v tomto odvětví speciální pedagogiky mají vybrané metody fyzioterapie své místo, co se terapeutické intervence týče. Ve sluchovém ústrojí máme tzv. vestibulocochleární centrum (centrum rovnovážného ústrojí), jedinec se ztrátou sluchu ztrácí také orientaci v prostoru a koordinaci.

Ideální je proto využití hiporehabilitace - terapeutické ježdění je vedeno za pomoci znaků, které jsou pro hiporehabilitaci s těmito jedinci ustálené. Využíváme také veškeré prvky terapie, které rozvíjí orientaci a koordinaci v prostoru, ale také metodiky rozvíjející jemnou a hrubou motoriku a podporující rozvoj ostatních smyslů atd.

3.12 Tyflopédie a propojení s fyzioterapií

Z řeckého slova tyflos, slepý, je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá především výchovou a vzděláním jedinců s částečným či úplným postižením zraku.

„Za osobu se zrakovým postižením (z pohledu tyflopédie) považujeme jedince, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou (např. čtení černotisku, zraková orientace v prostoru atd.).“ (VITÁSKOVÁ, LUDVÍKOVÁ, SOURALOVÁ, 2003 in SLOWÍK, 2007, str. 59)

Dle Michalíka (2003) bylo mezi více než 1 miliónem jedinců s handicapem žijících na území ČR 60 tisíc osob se zrakovým postižením, což odpovídá 5% z celkového počtu osob se zdravotním znevýhodněním.

Rozdělení zrakových vad je velmi komplikované, protože žádná z klasifikací dostatečně nezahrnuje a necharakterizuje veškeré projevy a okolnosti zrakového postižení. Orientovat se v klasifikaci zrakového postižení budeme dle směrnic WHO. Klasifikace zrakového postižení:

střední slabozrakost - kategorie zrakového postižení 1

silná slabozrakost - kategorie zrakového postižení 2

těžce slabý zrak - koncentrické zúžení zorného pole očí pod 20 stupňů nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů, kategorie 3

praktická nevidomost - omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie 4

úplná nevidomost - ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5 (SONS ČR, Copyright © 2002- 2011).

Zrakem získáváme zhruba 75- 90% okolních informací oproti sluchu (15%), hmatu (6%) či chuti a čichu (5%). Je tedy zřejmé, že zraková ztráta-senzorický deficit významně ovlivní všechny složky života a jedince komplexně limituje. V jedné třetině případů je etiologie zrakového postižení neznámá. Zbytek vyplňují infekční a jiná závažná onemocnění, strukturální a mechanická poškození a v neposlední řadě dědičnost.

klasifikace zrakových vad	
podle postižených zrakových funkcí	<ul style="list-style-type: none"> • snížení zrakové ostrosti • omezení zorného pole • poruchy barvocitu • poruchy akomodace (refrakční vady) • poruchy zrakové adaptace • poruchy okoohybné aktivity • poruchy hloubkového (3D) vidění
podle stupně zrakového postižení	<ul style="list-style-type: none"> • slabozrakost • zbytky zraku • nevidomost
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozené • získané
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • orgánové (<i>např. vady čočky nebo sítnice</i>) • funkční (<i>poruchy binokulárního vidění, např. tupozrakost, strabismus</i>)

Obrázek 5: Přehledná klasifikace zrakových vad dle Slowíka (SLOWÍK 2007, str. 61)

Přehled poruch vidění dle Novotné a Kremlíčkové (1997):

3.12.1 Poruchy úplného vidění

Barvoslepost - porucha oka, kdy není schopno rozeznávat barvy, často vrozená a dědičná porucha. Pokud jedinec trpí úplnou barvoslepostí (daltonismus), okolní prostředí se jedinci jeví jen v odstínech šedé barvy.

. Refrakční poruchy- dle Sováka (1980) vznikají na základě poruchy správného poměru mezi délkou oka a lomivostí optického prostředí.

Krátkozrakost - jedinec vidí dobře na krátkou vzdálenost, ale zraková ostrost klesá při pohledu do dálky. Nejčastěji se projevuje v období předškolního věku a povinné školní docházky. Je dobře odhalitelným postižením a je snadno korigována optickými pomůckami.

Dalekozrakost - jedinec se potýká s problémy při ostření na obraz při vidění z blízka. Je obtížněji rozeznatelná, na rozdíl od krátkozrakosti a důsledkem je výrazná oční unavitelnost či bolesti hlavy a jiné doprovodné fenomény.

Astigmatismus - jedná se o poruchu v zakřivení čočky či rohovky oka a s ní spojenou poruchu vidění. Vzniká nepřesný obraz viděného. Opět je procento úspěšnosti korekce téměř sto procentní brýlemi nebo čočkami.

Tupozrakost - oční porucha, která se projevuje jednostranně. Na jedno oko vidí jedinec velmi špatně a na oko druhé nevidí nic. Jedná se o poruchu binokulárního vidění - nevytváří se výsledný spojený obraz viděného, ale každé oko vnímá svůj obraz. Průvodním znakem je většinou šilhavost. V raném stádiu je výraznou korekční pomůckou okluzor - prostředek k zakrytí oka používaný při léčbě šilhavosti.

Slabozrakost - jedná se o souhrnné označení poruch různého převodu. Většinou se jedná o refrakční poruchy různého stupně (vyšší), těžší formy astigmatismu, oční zákaly.

Šedý zákal – katarakta - jedná se o nemoc oka, kdy se čočka zakalí a pacient vidí, jako by se díval přes např. špinavé sklo, zamrzající okno apod. Léčebné řešení- nahrazení zakalené lidské čočky tenkou umělou čočkou. WHO uvádí, že je šedý zákal celosvětově zodpovědný za 48% případů slepoty.

Zelený zákal - glaukom- jedná se o poškození zraku, kdy je poškozen oční nerv. Poškození zraku je v počátcích velmi nenápadné, ale postupně dochází k rychlému progresu poškození - dochází k výrazným výpadkům zorného pole, později k poruchám periferního vidění, a také k rozmazanosti okrajů zorného pole.

Zbytky zraku - jedná se o vidění jedince, kdy je výrazně snížena ostrost zraku, ale přesto je zachováno vnímání a reakce na světlo. Pokud je u jedince nastavena ideální kompenzace- lékařská péče, kompenzační pomůcky, vzdělávání speciálním pedagogem atd., stav jedince může být výrazně zlepšen a dlouhodobě kompenzován.

Nevidomost - jedná se o stav jedince, kdy je poškození zraku tak zásadní, že jedincova zraková ostrost znemožňuje jakýkoliv pohyb a orientaci v prostoru, zároveň nevnímá ani světlo. (NOVOTNÁ, KREMLIČKOVÁ, 1997)

Jak vidno, zrakové vady a postižení ve většině případů nelze zcela vyléčit. Můžeme je však velmi efektivně a komplexně kompenzovat. Proto je důležité věnovat pozornost, po boku všech dostupných postupů léčby a tyflopeditických pomůcek, také rehabilitaci. Právě cílená rehabilitace může vést k cílům u jedince, kterými jsou především zlepšení orientace v prostoru, odstranění ko-

munikačních bariér, dosažení větší míry samostatnosti a nezávislosti. Tyto cíle rehabilitace jedinců se zrakovým postižením realizují velmi nenásilnou formou např. PNF metody; metody senzomotorické stimulace; hiporehabilitace, která se zrakově postiženými jedinci úspěšně spolupracuje atd.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíle práce, hypotézy, použité metody a harmonogram postupu

*„Teorie zůstane pouhou teorií,
pokud nepřikročíme k činu.“
- Jan Amos Komenský -*

4.1 Sestavené cíle

Obecné cíle:

- Soustředit dostatečná teoretická východiska- sběr dat, poznatků a škály odborné literatury české i zahraniční provenience z oboru SPPG a fyzioterapie.

V teoretické části práce:

- Propedeuticky seznámit s oborem fyzioterapie a SPPG- vymezení oboru, stručná periodizace dějin, vymezení základní terminologie, zmínit významné představitele oborů, ve stručném přehledu nastínit dělení oborů a jejich principy, zásady a metody.
- Deskripce styčných ploch v interdisciplinárním propojení oborů fyzioterapie a SPPG.
- Deskripce vybraných a nejčastějších diagnóz, které propojují fyzioterapii a SPPG- konkretizace zmíněných styčných ploch oborů.

V praktické části práce:

- Ucelit, z hlediska SPPG, nejdostupnější metody fyzioterapie, které lze využít ve SPPG praxi- precizně a uceleně popsat, prezentovat a obrazově dokumentovat.
- Předložit práci, která by byla přínosem a impulzem pro oblast SPPG praxe- oblast terapeutické intervence využívané v práci s cílovými skupinami SPPG.
- Odhalit postoj SPPG odborné veřejnosti k terapeutické intervenci oboru fyzioterapie.

- Získat informační podklad, na základě kterého bychom mohli zvolit postupy, kterými dále podpořit přenos poznatků fyzioterapie do SPPG.
Dílčí cíle:
 - Sestavit práci, která by byla přínosem pro oblast SPPG teorie i praxe.
 - Obohatit práci o rozhovory s odborníky s dlouholetými zkušenostmi v oblasti SPPG praxe, které by poskytly cenné informace, nezbytné k analýze dat a ucelenému hledisku.
 - Sběr širšího spektra případových studií v rámci interdisciplinárního propojení fyzioterapie a SPPG, které by doložilo využitelnost metod fyzioterapie ve SPPG intervenci a návazných terapiích.
 - Realizovat dotazníkové šetření se SPPG odbornou veřejností a jeho prostřednictvím vyzkoumat:
 - nakolik SPPG odborníci vnímají propojení mezi oběma obory.
 - jak nahlíží na využitelnost metod fyzioterapie v komplexní terapeutické intervenci.
 - nakolik tyto metody využívají v rámci vlastního působení.
 - zjistit jakou úroveň teoretických i praktických znalostí, tato SPPG odborná veřejnost získala v pregraduálním studiu.
 - zda by uvítali vytvoření uceleného přehledu vybraných metod fyzioterapie, které lze v komplexní terapeutické intervenci efektivně interdisciplinárně využít.
- Na základě teoretického podkladu, empirických zkušeností, zisku dat skrze explorační metody- *dotazníkové šetření, rozhovory, spektrum kazistik*, analyzovat data, interpretovat výsledky a vyvodit závěry pro SPPG praxi.

4.2 Sestavené hypotézy

Hypotéza č. I: Speciálně pedagogická „odborná veřejnost“ považuje obor SPPG za obor humanitní bez návaznosti na lékařské odvětví a jen těžko nachází pojitko s oborem fyzioterapie.

Hypotéza č. II: Převážná většina speciálních pedagogů metody fyzioterapie v systému komplexní terapeutické intervence nevyužívá a během pregraduálního studia SPPG se s metodami fyzioterapie blíže neseetkala.

Hypotéza č. III: Vybrané metody fyzioterapie lze využít a aplikovat ve SPPG praxi u většiny odvětví tohoto oboru.

4.3 Použité metody a design výzkumného šetření

Ke sběru dat jsme použili především metody explorační, na základě kterých jsme hledali objektivní informace k objasnění sestavených hypotéz a díky kterým jsme se pokusili splnit cíle práce. Definicí explorační metody vysvětluje nejlépe Opekarová (2007): Explorační metody „jsou metody a techniky, s jejichž pomocí experimentátor zajišťuje získání potřebných výzkumných dat, konkrétně zjišťuje existenci dat a informací, experimentuje s možnými vztahy mezi nimi a přiřazuje je do systému.“ (OPEKAROVÁ, 2007, str. 39)

4.3.1 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je bezpochyby nejrozšířenější a nejvyužívanější explorační technikou. (RENOTIÉROVÁ et al., 2006)

Svoboda in Opekarová (2007) považuje dotazníkové šetření za určitou formu písemného rozhovoru tazatele s respondentem a také jej staví do role diagnostické metody, založené na subjektivní výpovědi respondentů na základě objektivní zkušenosti.

Design výzkumného šetření- dotazník:

Dotazník č. I¹ reprezentuje výzkumné šetření, které v této práci pracovně nazýváme tzv. „předvýzkum“.

Důvodem označení „předvýzkum“ je skutečnost, že jsme nejprve realizovali toto dotazníkové šetření se SPPG odbornou veřejností, abychom zjistili, nakolik SPPG odborníci vnímají propojení mezi obory SPPG a fyzioterapií; jak nahlíží na využitelnost metod fyzioterapie v komplexní terapeutické intervenci; nakolik tyto metody využívají v rámci vlastního působení; jakou úroveň teoretických i praktických znalostí, tato SPPG odborná veřejnost získala

¹ Viz příloha.

v pregraduálním studiu a zda by SPPG odborná veřejnost uvítala vytvoření uceleného přehledu vybraných metod fyzioterapie, které lze v komplexní terapeutické intervenci efektivně interdisciplinárně využít.

Chtěli jsme zajistit zpětnou vazbu z oboru SPPG a získat současný reálný pohled odbornou instancí z praxe. Dále vyzkoumat, zda by mělo smysl tuto rigorózní práci „započít“ a realizovat tak, aby se nesla v duchu přínosu pro obor SPPG a zda by do oboru vnesla nové impulzy, které by se daly dalšími podrobnými výzkumy rozvíjet.

Deskripce respondentů:

Cílovou skupinou dotazníkového šetření se stala tzv. SPPG veřejnost- v našem případě ji reprezentovali speciální pedagogové a poradenští pracovníci, nejčastěji z oblasti školských poradenských zařízení, ze škol pro žáky se SVPŠD a ze škol tzv. alternativních.

Vzhledem k cílům dotazníkového šetření nebylo prvořadé a směrodatné definovat exaktně výzkumný vzorek respondentů, ale postačilo znát pohlaví, věk, vzdělání, oborové zaměření a soubor dat, který jsme chtěli získat. Průběh a bližší informace viz kapitola 4.4.

4.3.2 Rozhovory

Mezi metody, které jsme dále použili pro sběr dat v této práci, patřily rozhovory, kterými jsme se pokusili získat cenná data z praxe. V tomto případě jsme zvolili rozhovor tzv. „polostandardizovaný“, kdy je cílem dodržet předem stanovené pořadí při kladení otázek, avšak dle vývoje situace je případně možné otázky klást volnější formou a v upravené podobě pro daný kontext. (RENOTIÉROVÁ et al., 2006), (OPEKAROVÁ, 2007)

Design výzkumného šetření- rozhovory:

Takto sestavený rozhovor jsme vedli celkem dvakrát, přičemž jsme se zaměřili na odborníky, kteří mají dlouholeté a bohaté zkušenosti z oblasti speciálně pedagogické praxe.

Cílem těchto rozhovorů bylo především získání dat (subjektivní náhled na objektivní problematiku) od kompetentních osob, díky kterým můžeme v závěrečné analýze práce hodnotit sestavené hypotézy validně a dospět k určitému stanovisku a doporučením.

Deskripce respondentů:

Rozhovor č. I²: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. - v odborné praxi od r. 1986, zástupkyně vedoucí katedry SPPG- PF UK Praha, zaměření somatopedie, logopedie.

Rozhovor č. II³: PhDr. Olga Opekarová, Ph.D. – 15 let v praxi v oblasti školských poradenských služeb, zaměření na diferenciální dg. v oblasti duševních poruch a poruch psychického vývoje dětí a mládeže do 26 let věku, spolupracuje s katedrou SPPG PF UK, UJAK Praha atd.

Průběh a bližší informace viz kapitola 4.4.

4.3.3 *Kazuistika*

Kazuistika, z latinského slova causa, důvod, odtud odvozeně případ, je v dnešní době zavedený pojem označující posuzování jednotlivého případu. Tento pojem je také často nazýván případovou studií, nahlížíme-li na tuto problematiku pohledem moderních věd. (RENOTIÉROVÁ et al., 2006), (OPEKAROVÁ, 2007), (PIPEKOVÁ, 2006)

Deskripce výzkumného šetření- kazuistika:

Mezi cíle této práce patří sběr širšího spektra případových studií v rámci interdisciplinárního propojení fyzioterapie a SPPG, které by doložilo využitelnost metod fyzioterapie ve SPPG intervenci a návazných terapiích.

Pokusíme se doložit kazuistiky, které nám podají validní a konkrétní popis případu, který se stal (bude podrobně zaznamenán a popsán postup léčby či vývoje v konkrétních situacích, u konkrétních jedinců).

Deskripce cílové skupiny:

V našem případě bylo záměrem v rámci komplexnosti nasbírat několik případových studií z různých odvětví speciální pedagogiky. Průběh a bližší informace viz kapitola 4.4.

² Viz příloha

³ Viz příloha

4.4 Harmonogram postupu a realizace výzkumného šetření

4.4.1 Přípravná fáze

Tato etapa se především nesla v duchu definování problému, v sestavení struktury a rozsahu práce, a to po stránce obsahové i formální. Byly sestaveny hlavní cíle práce a hypotézy, které předpokládáme. Stěžejní byl také sběr informací, pramenů a především sběr odborné literatury související s fyzioterapií a se všemi disciplínami speciální pedagogiky. To pro vytvoření „metodologie“, kterou by mohli speciální pedagogové v rámci terapeutické intervence využít. Po hlubším seznámení s odbornou literaturou a prostudování a orientaci v dané problematice byla navázána spolupráce v několika zařízeních, korelujících s tématem rigorózní práce.

Práci předcházelo výše zmíněné dotazníkové šetření- „předvýzkum“, cíleno speciálním pedagogům. Dotazníkové šetření bylo adresováno speciálním pedagogům, bylo rozdáno dle plánu do školských pedagogických institucí atd.

Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků (60x v tištěné podobě, 30x v elektronické podobě). Dotazník byl rozdán v tištěné podobě do oblasti školních poradenských služeb a speciálně pedagogických institucí v Praze- PPP (Praha 4), SPC (Praha 10), do škol pro sluchově a zrakově postižené jedince (Praha 1, 3), do škol pracujících s jedinci alternativní metodou - např. Waldorfská škola (Praha 4), do zařízení s ústavní péčí, do oblasti školních poradenských služeb atd. V elektronické podobě byl rozeslán mezi speciální pedagogy, kteří studovali na UK a UJAK Praha obor SPPG a aktivně působících v různých odvětví SPPG.

Zpět se nám vrátilo 63 zodpovězených dotazníků (39x tištěná podoba; 24x elektronická podoba), což můžeme považovat za uspokojivý vzorek, který na danou problematiku může vnést reálný objektivní pohled. Vzhledem k širšímu rozptylu mezi respondenty získáváme komplexní zásah.

4.4.2 Realizační fáze

V této fázi jsme se věnovali především sběru dat a veškerým krokům k jejich získání. Byly realizovány dva rozhovory s osobami s dlouholetou zkušeností z praxe, jejichž cílem bylo získat odborný náhled, a také ověření si teoretických předpokladů v konfrontaci s praktickými zkušenostmi.

Také jsme se snažili nasbírat širší spektrum kazuistik v rámci rehabilitace (fyzioterapie, hiporehabilitace a SPPG), které by mělo dokládat využití vybraných metod fyzioterapie ve speciální pedagogice prakticky. Kazuistik se podařilo nasbírat sedm, a to takových, které interdisciplinárně souvisí s podstatou rigorózní práce. Díky těmto skutečnostem máme možnost širšího úhlu pohledu, který také přispěje k validnímu vyhodnocení sestavených hypotéz.

4.4.3 Vyhodnocovací fáze

V této části jsme se zabývali především zpracováním a vyhodnocováním výsledků. Analyzovali jsme veškerá nasbíraná data a informace. Vyhodnocené dotazníkové šetření jsme se pokusili graficky zpracovat a vyjádřit pomocí grafů a interpretací daných výsledků. Jsme přesvědčeni, že rozhovory a případové studie, které jsme realizovali a nasbírali, poskytnou patřičné hledisko, na základě kterého můžeme vyvozovat závěry pro konečné zhodnocení práce. Vyhodnocovací fázi reflektují kapitoly analýza dat, interpretace výsledků a diskuze, ve které jsou nastíněny patřičná doporučení pro praxi a další řešení v problematice využití metod fyzioterapie ve SPPG praxi.

5 Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciální pedagogice

*„Čím více se dítě pohybuje, běhá, tím lépe spí,
více jadrnosti a čerstvosti těla a mysli získává.“*

- Jan Amos Komenský -

V této kapitole se budeme věnovat především jednotlivým metodám fyzioterapie, které lze v rámci komplexní terapeutické intervence využít ve speciálně pedagogické praxi. Jak jsme již zmínili v předchozích kapitolách, předmětem zájmu nebude konkrétní obsáhlé seznámení se všemi metodami a jejich detailní využití a osvojení v praxi, tak jak je tomu nutno ve fyzioterapii. Cílem je naopak výstižný a přehledný teoretický základ, kombinovaný praktickými ukázkami, které lze aplikovat v odvětví SPPG a seznámení s jejich specifiky při využití v praxi.

5.1 Využití hiporehabilitace ve speciální pedagogice

Hiporehabilitace patří v dnešní době mezi terapeutické metody speciální pedagogiky (zooterapie), které lze v intervenci o jedince efektivně využít. To jestli je však dostatečně využívána, je věcí druhou. Podstatné je, že metoda propojuje fyzioterapii, speciální pedagogiku, psychologii a další interdisciplinární obory, čímž se objektivně stává využití hiporehabilitace ve speciální pedagogice velmi přínosnou a efektivní metodou léčby v rámci komplexní terapeutické intervence. Tato slova potvrzuje i naše předchozí diplomová práce na téma „Využití hiporehabilitace ve speciální pedagogice“ (RUKAVIČKA, 2010), ze které bychom stěžejní poznatky rádi využili v rámci vybraných metod fyzioterapie, které lze využít ve speciálně pedagogické praxi.

5.2 Charakteristika hiporehabilitace a okruhy

Zmíníme-li pojem hiporehabilitace, máme na mysli nadřazený pojem, který v sobě skrývá a zahrnuje širší možnosti terapie, léčebné sportovní aktivity a postupy, při kterých využíváme pomoc koně, jakožto terapeutický prvek.

Cílovou skupinou jsou především jedinci s různým zdravotním postižením. Nebylo by korektní říci, že hiporehabilitace je určena především pro pohybově postiženou část jedinců, což laickou veřejností většinou v prvním seznámení s tímto pojmem napadne. Hiporehabilitaci můžeme efektivně využít ve všech disciplínách speciální pedagogiky, a to velmi efektivně.

Význam slova vychází z řeckého slova *Hippos*, kůň a z latinského slova *Rehabilitatio*, obnovení.

Hiporehabilitaci můžeme rozdělit do několika okruhů:

5.2.1 Hipoterapie

Lze říci, že zastřešující skupinou je zde lékařství. V tomto odvětví se využívá kůň-terapeut především k ovlivnění stavů a terapii, u jedinců s poruchami pohybového aparátu. Tato skupina tedy více koreluje s medicínou.

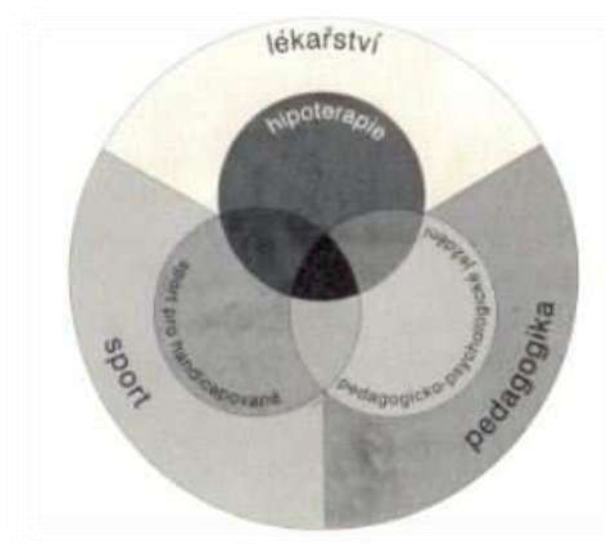
5.2.2 Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění

Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění spadá pod skupinu pedagogika. V popředí jsou jedinci, jež mají jakékoliv deficity či dílčí poruchy psychiky, ať již následkem vrozeného nebo získaného postižení či chronického stavu. Kůň zde působí v oblasti pedagogiky, psychologie a psychoterapie. Termín Pedagogicko-psychologické ježdění nebyl dostatečně vystihujícím, a proto se pojem vydělil na **Aktivita s využitím koní** (zde působí kůň jako terapeut v oblasti sociálních služeb a pedagogiky) a **Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků** (zde mluvíme o metodách psychoterapie), to proto, aby pojem vystihl sociálně aktivizační působení koně na člověka.

5.2.3 Parajezdeckví

Parajezdeckví neboli sport tělesně postižených, handicapovaných. Jedná se tedy o jezdecké disciplíny, které jsou upravené pro zdravotně postižené jedince. Zastřešující skupinou je v tomto případě sport. (RUKAVIČKA, 2010)

Ke každému odvětví hiporehabilitace by měl náležitě odpovídat i typologicky rozdílný kůň.



Obrázek 6: Model hiporehabilitace dle Kluvera, 1988 (KULICHOVÁ 1995)

5.3 Význam a působící prvky hiporehabilitace

Hiporehabilitace se stává v dnešní době velmi oblíbenou a využívanou metodou, přičemž její indikační skupinou je celé spektrum jedinců. Ať už se jedná o jedince zdravé či s jakýmkoli zdravotním handicapem, působí hiporehabilitace na zdravotní stav velmi příznivě. Hiporehabilitaci společnost chápe jako moderní rehabilitační metodu, která svým způsobem komplexně, tedy bio-psychosociálním způsobem, ovlivňuje funkci lidského organismu. Můžeme říci, že díky jedinečnému pohybu koně, přenesenému na lidské tělo, dochází ke stimulaci CNS- centrálního nervového systému. Pohyb koně- motorický pohyb je přenášen přes koňský hřbet na lidské tělo. Při terapii dochází také k řízenému ovlivnění svalového tonu jedince a zdokonaluje se taktéž samotný pohyb v prostoru. Hiporehabilitace má své typické prvky- specifické a nespecifické, které působí na jedince.

5.3.1 *Specifické prvky*

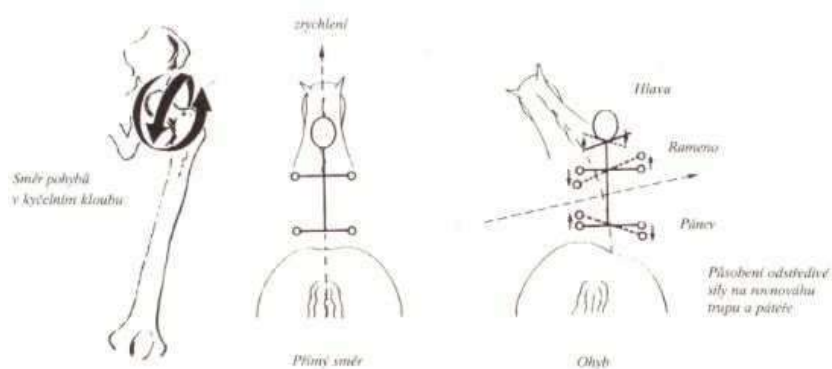
Hlavním specifickým prvkem působícím na jedince, je rytmické přenášení trojdimenzionálních pohybových impulzů. Pohyb koně je ve třech rovinách - frontální, sagitální a horizontální. Tím je rozpohybována pánev jedince- pohybuje se směrem vpřed a vzad (flexe a extenze), směrem nahoru a dolů

(abdukce a addukce) a směrem do rotace vlevo a vpravo (vnitřní rotace a zevní rotace). Stěžejním specifickým prvkem je také fenomén, kdy při korektním vzpřímeném sedu na hřbetu koně, dochází při jeho chůzi k navozování základních pohybových vzorců.

5.3.2 *Nespecifické prvky*

Nespecifické prvky hiporehabilitace jsou tzv. prvky proprioceptivní, neuromuskulární a facilitační. Jde tedy o prvky, které jsou vnímány receptory a přes svalově nervový systém dochází k ovlivnění stavu. Jsou to např.:

- vliv tepla, které ovlivňuje svalovou činnost a tím snižuje napětí svalstva
- protažení zkrácených svalů- díky gravitaci při jízdě
- taktilní kožní podněty, tedy vnímání hmatem
- cvičení proti odporu
- obranné reakce proti pádu- zapojení svalstva hlubokého stabilizačního systému dle vychýlení
- labyrintové reflexy- mimovolní uvolnění pacienta v nastavených polohách
- podpůrné reakce facilitace extenzorových svalových skupin při tlaku do kloubu a flexorových svalových skupin při tlaku z kloubu



Obrázek 7: Působení sil na jezdce (KULICHOVÁ 1995)

5.3.3 *Využití ve speciálně pedagogické praxi*

V této části práce je nutno podotknout, že pro aplikaci metody do praxe sice působí terapeut volící typ koně a jednotlivé metodické postupy, avšak prim má zde terapeut s velkým „T“, lépe řečeno s „K“ a to jest KŮŇ. A právě od

jednotlivé typologie koně a jeho činnosti s jedincem, dochází k různě řízené terapeutické intervenci.

„V hiporehabilitaci neexistuje tzv. univerzální typ koně, který by byl vhodný pro všechny indikační skupiny hiporehabilitace. Vzorec přímé úměrnosti musí být zachován, neboť máme v současné době širší škálu jedinců s různým klinickým obrazem, potřebujeme také širší škálu rozdílných koní, ať už mluvíme o temperamentu či exteriéru. Při výběru koně bychom se měli řídit metodikou terapie, terapeutickým okruhem a především samotným jedincem.

Každý kůň-terapeut má svá specifika a obvykle platí, že by se měl přizpůsobit potřebám hiporehabilitace, nikoli naopak.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 50)

Koně v hiporehabilitaci můžeme dělit dle:

Koordinace

- koordinačně nenáročný kůň- pohyby koně jsou ve všech rovinách harmonické
- koordinačně náročný kůň- dominantní je více jedna rovina, pro ztížení využíváme s tímto koněm chůzi do kopce, z kopce a chůzi v různých terénech

Délky a rychlosti kroku

- stimulační kůň - vysoká kadence a krátký krok, často bývá menšího růstu, stimuluje svalový tonus, proto je vhodný pro jedince s ochablým svalstvem
- inhibiční, relaxační kůň - má rozvázný a delší krok, malou kadenci, snižuje svalový tonus, proto je vhodný pro jedince se spastickým svalstvem

5.4 Požadavky na koně v jednotlivých odvětvích hiporehabilitace

Pro komplexnost je třeba zmínit požadavky, které jsou vyžadovány u koní v jednotlivých odvětvích hiporehabilitace. Tuto problematiku nejlépe rozpracovala a aplikuje pí. H. Hermanová (2003), která vychází z bohaté praxe v hiporehabilitaci. Rozřazení bude vycházet z výše uvedené diplomové práce. (HERMANOVÁ, 2003 in RUKAVIČKA, 2010):

5.4.1 Požadavky na koně v hipoterapii

V hipoterapii jsou nejpřísnější požadavky na koně z celého odvětví hiporehabilitace. Kůň musí mít perfektní zdravotní stav, pevný a pružný hřbet, pravidelný „strojový“ krok, musí být samostatný, ochotný trpělivě stát u rampe, adaptabilní na rušivé vlivy ze strany jedinců a také adaptabilní na neadekvátní zátěž.

5.4.2 Požadavky na koně v AVK a TVKPP

Pro terapeutické využití v aktivitách s využitím koní a terapiích s využitím koní pomocí psychologických prostředků, využíváme specifický temperament jednotlivých koní, protože chceme působit především na duševní složku jedince.

Kůň musí být bezpečný při péči ve stáji, při navazování kontaktu a práci s ním. Musí být adaptovaný na hluk, obzvláště hlasité projevy jedinců, také na nepředvídatelné pohyby, reakce a předměty, které se různě metodicky využívají. Kůň by měl být pro tyto účely terapie mimořádně psychicky odolný, společenský a měl by snášet častější střídání jezdců a větší počet lidí ve stáji či jízdárně.

V tomto odvětví figurují i povahou velmi specifičtí koně, kteří jsou záměrně přidělováni jedincům z oblasti etopedie (poruchy chování, patologické jevy atd.), kdy jedinci musí velmi náročně podstoupit střet svého ega a chování s velmi obtížným, psychicky odolným koněm.

Tížený efekt terapeutické intervence na sebe nenechá dlouho čekat, protože ve většině případů takovýto kůň jedince „zkrotí“, naučí je pozitivnímu přístupu a zodpovědnosti. A to nejen v sedle, ale především ve stáji při přípravě koně na jízdu.

5.4.3 Požadavky na koně v parajezdectví

Toto sportovně laděné odvětví hiporehabilitace reprezentují koně, kteří jsou speciálně vybraní a trénovaní, aby byla zajištěna co největší bezpečnost pro jezdce. Hlavním požadavkem na koně je lehká ovladatelnost z hlediska charakteru jedincova postižení, preciznost a spolehlivost.

5.5 Pozitivní vliv metodiky na jedince vyplývající z diplomové práce, závěry

V této části se zaměříme na objasnění pozitivních vlivů metodiky na jedince, které vyvozujeme ze závěrů diplomové práce „Využití hiporehabilitace ve speciální pedagogice“ (RUKAVIČKA, 2010). V každé podkapitole vybraných metodik fyzioterapie využitelných ve speciálně pedagogické praxi, chceme doložit praktické využití, což by nyní bylo velmi složité a zdlouhavé, budeme zde interpretovat objektivizované závěry, vyplývající z diplomové práce. Ze závěrů a poznatků můžeme tedy vyvozovat, že:

1) Hiporehabilitace v rámci speciální pedagogiky v ČR, prozatím není dostatečně využívanou metodou terapie ve srovnání s dalšími metodami terapie. Bohužel tento fakt musíme konstatovat na základě mnoha objektivních faktorů např. dotazníkové šetření mezi speciálními pedagogy, rozhovory s odborníky, nasbíraná data.

Nicméně musíme konstatovat, že obecně je hiporehabilitace v současné době metodou, která začíná dosahovat uznání a stává se velmi oblíbenou terapeutickou intervencí, co se komplexní péče týče. Paradoxem zůstává, že literatura speciální pedagogiky o hiporehabilitaci, jakožto účinné terapii, hovoří zatím velmi okrajově, někdy až nepochopitelně, což můžeme považovat za fatální. Podíváme-li se na druhou stranu mince, v hiporehabilitaci je uváděna metodika jako jedna z hlavních odvětví oblast pedagogiky - „Aktivity s využitím koní“. Náhled z hlediska hiporehabilitace je tedy opačný. Na stejnou metodiku, jiný pohled na věc a to i přes významné propojení oboru. Položme si tedy řečnickou otázku: Proč?

Doufejme, že tedy musí být jen otázkou času, kdy se speciální pedagogika začne do role rovnoprávného odvětví v této metodice stylizovat.

Doufejme také, že hiporehabilitace bude v rámci speciální pedagogiky považována za metodiku „exaktnější“ a díky dalším přínosům a poznatkům bude více využívána.

Výstižně tato slova potvrzují odborníci z oboru hiporehabilitace, např. pí. Hana Hermanová (přední specialista v oboru hiporehabilitace v ČR, která poskytla do diplomové práce rozhovor).

„Co se týče oblasti speciální pedagogiky, zde musím považovat hiporehabilitaci jako neadekvátně využívanou. Myslím si, že je to zapříčiněno především neznalostí oboru, a také finanční situací. Když se podíváme na situaci v zahraničí, tam je hiporehabilitace v rámci speciální pedagogiky využívána velmi ideálně. Příkladem je třeba Polsko, které naší zemi není příliš vzdálené.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 88)

2) Zařazením vhodně indikované hiporehabilitace do komplexní péče o jedince, dochází k objektivnímu zlepšení zdravotního stavu, chování a u jedinců školou povinných, také ke zlepšení v dosahování kvalitních školních výsledků. Vyvozovat tak opět můžeme na základě mnoha objektivních faktorů, které byly nasbírány v předchozí diplomové práci. Např.:

- Vyhodnocení dotazníku č. I, otázka 11. - „Pokud jedinci z Vašeho profesního působiště využívají hiporehabilitaci, pozorujete většinou objektivní zlepšení zdravotního stavu, chování nebo prospěchu, v souvislosti s touto metodou? - Zlepšení pozoruje 66% dotazovaných speciálních pedagogů, což dokládá také graf 6 ve zmíněné diplomové práci.
- Výsledky dotazníku č. II, otázka 6. - „Zakroužkujte prosím, jak hodnotíte účinnost hiporehabilitace v systému Vaší komplexní léčby, přičemž v legendě považujeme číslici 1 za hodnotu >>hiporehabilitace je velmi účinná složka<< a číslici 5 za hodnotu >>hiporehabilitace nehraje v léčbě žádnou roli.<< - 87% z dotázaných pacientů vnímá hiporehabilitaci jako velmi přínosnou složku v systému komplexní péče, cítí zlepšení, ať už zdravotního stavu, či mají zpětnou vazbu, že se zlepšili v chování a dalších deficitech.
- Rozhovor s pí. Hanou Hermanovou- „Díky své komplexnosti dochází u dětí a dospělých téměř vždy k pozitivnímu efektu v oblasti fyzické, psychické, emocionální i sociální. Posuzovat efektivitu je nutné individuálně, nesmí se paušalizovat a dělat z hiporehabilitace „všelék“. Mám však zkušenosti takové, že pokud je hiporehabilitace správně nastavena jedinci, výsledky se dostaví téměř vždy. Co se týče školních výsledků, můžu ze zkušeností říci, že kůň ovlivňuje především školní úspěšnost nastartováním motivace.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 89)

- Rozhovor s pí. Monikou Kohoutovou (ergoterapeutka, bývalá jezdka, zkušená terapeutka hiporehabilitace- aplikace pedagogických jízd a hipoterapie)- „Každý den se mi potvrzuje, že kontakt s koněm je pro osoby s postižením, ať je jakékoliv, velmi přínosný. Nevýhodou je, že se tyto pokroky málokdy dají čistě objektivně popsat, a proto jsou pro exaktní vědy neuchopitelné. Pro nás a pro naše klienty jsou to však kroky, které jedince posouvají dál k jejich větší soběstačnosti a zvyšují jim kvalitu života.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 90)
- Rozhovor s pí. Lenkou Redlichovou (speciální pedagog, působila v MŠ při Jedličkově ústavu, již 12 let ve Waldorfské škole, nyní zástupkyně ředitele)- Zlepšení s jedinci, kteří mají různé deficity dílčích schopností v oblasti školních dovedností i chování, pociťuje. Vyjadřuje se následovně: „Odpovím velmi stručně. Ano, objektivní výsledky jsou patrné. U komplikovanějších případů se výsledky nedostavují ihned a tak markantně. Ale i tak jsou u těžších případů, dílčí úspěchy patrné. To je důvodem, proč hiporehabilitaci využíváme v rámci vzdělávacího plánu.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 90)

3) Neměli bychom z hiporehabilitace dělat „všelák“ a paušalizovat pozitivní výsledky, ale objektivní šetření prokazuje, že pozitivní vliv na jedince je patrný v drtivé většině případů.

4) Hiporehabilitace je metodou s širším pedagogickým využitím, zejména ve speciální pedagogice. Takto vyvozovat můžeme opět na základě mnoha objektivních faktorů. Tato slova dokládá především teoretický podklad zmíněné diplomové práce, obzvláště kapitola 1.3. Propojení speciální pedagogiky a hiporehabilitace, její pododdíly či nasbíraná škála případových studií, kde jsou jednotlivé účinky hiporehabilitace patrné. Opřít se také můžeme o:

- Vyhodnocení dotazníku č. I, otázka 3. – „Považujete hiporehabilitaci jako metodu s širším pedagogickým využitím, zejména ve speciální pedagogice?“- 93% dotazovaných speciálních pedagogů považuje hiporehabilitaci za metodu s širším pedagogickým využitím, obzvláště ve speciální pedagogice. Dokládá to také graf č. 2 (RUKAVIČKA, 2010, str. 77)

- Rozhovor s pí. Hanou Hermanovou- „Kůň ovlivňuje člověka komplexně, ale v rámci cílení terapie se obor musel nutně rozčlenit na více metodik. Každá má svou diagnosticky shodnou skupinu klientů, terapeutů s příslušnou odborností a jinými nároky na koně. Hiporehabilitaci považují za metodu terapie, která je propojením všech těchto odvětví, přičemž je terapeutický efekt ve všech stejně kvalitní. Ve speciální pedagogice dosahuje hiporehabilitace stejně kvalitní výsledky jako v oblasti medicínské. Je tedy jen otázkou času, kdy bude hiporehabilitace uznávanou metodou i v oblasti speciální pedagogiky, tak jako v odvětvích jiných.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 91)
- Rozhovor s pí. Monikou Kohoutovou- „V hiporehabilitaci se kloubí několik oborů. Rozhodně je to dle mého názoru plnoprávná rehabilitační metoda, která by měla patřit do uceleného systému rehabilitační péče v ČR. Bohužel se tomu tak neděje, pro lékařský svět je to metoda příliš subjektivní. Speciální pedagogika zde své důležité místo rozhodně má- „Aktivity s využitím koní“ by měl ideálně vést pedagog či speciální pedagog.“ (RUKAVIČKA, 2010, str. 91)
- Rozhovor s pí. Lenkou Redlichovou- odpověď na otázku, zda považuje hiporehabilitaci jako metodu s širším pedagogickým využitím, zejména ve speciální pedagogice- „Ano, považuji ji z mého pohledu za širší pedagogickou metodu. V medicíně a sportu je jízda na koni, jakožto léčebná metoda, celkem respektována. Ve speciální pedagogice je situace horší. Je neuvěřitelně překvapivé, jak soužití s koněm a jízda samotná působí na člověčí psychiku i „fyziku“. Myslím si, že to se obecně v oblasti speciální pedagogiky tolik nerespektuje, natož aby s tímto pokladem dokázali pedagogové zacházet.“ Také dodává, že je to skvělá šance, kterou bychom měli využít. Speciální pedagogika má dle jejího názoru širší spektrum jedinců, na kterých by se dala hiporehabilitace využívat s kvalitním výsledkem. Prozatím se tak ale neděje. (RUKAVIČKA, 2010, str. 91)

5.6 Vybrané metody PNF

Tato kapitola bude pojednávat o metodikách a technikách tzv. proprioceptivně neuromuskulárně facilitačních.

Proprioceptive: schopnost nervového systému, která zaznamenává změny v těle i ve svalovém řetězci, přičemž je nezbytná pro správné řízení pohybu, vnímání o změně polohy těla a pro korektní průběh reflexních činností

Neuromuskular: podněty, které jsou registrovány na úrovni nervů a svalů, jsou vyhodnocovány a díky tomuto propojení se impulzy realizují kontrakcí svalu).

Facilitation: nervová aktivita, podráždění, které vzniká součtem několika podmětů či zesíleným reflexem.

Jedná se tedy o metodiky, kdy při využití určitého nastavení těla, např. z ontogenetického vývoje člověka, dochází k realizaci určitého pohybového vzorce, na základě podmětu z periferie přes proprioceptory, které vedou nervosvalově, jsou vedeny míchou do mozku a z mozku stejnou cestou putují s odpovědí ke svalům, vykonávají reflexní odpověď.

Na základě těchto metod jsme tedy schopni ovlivnit periferii (tělo) do centra (CNS), zakódovat informaci a rutinně ji vytrénovat tak, aby centrum tyto informace o řízení vysílalo zpět do periferie, tentokrát korektně.

5.6.1 Vojtova metoda

Vojtova metoda reflexní lokomoce je metodou, jejíž terapeutické principy položil v 50. letech 20. stol. neurolog MUDr. Václav Vojta. V současnosti se metodou nejvíce v ČR zabývá prof. Pavel Kolář, přední fyzioterapeut a specialista. (PAVLŮ, 2003)

Vojtova metoda je velmi výhodná v tom, že ji po instruktaži terapeutem, který nastaví individuální přístup, může na jedinci provádět instruovaná osoba- rodič, blízká osoba či např. i speciální pedagog, který má např. ve speciální třídě podmínky k aplikaci (postačí měkká podložka např. v herně či ideálně terapeutický stůl). Rozhodující role je tedy v rukou osob, které se starají o intervenci jedince.

Teoretická východiska metodiky

„Vojtova metoda představuje neurofyziologický a vývojově orientovaný systém s cílem znovuobnovení vrozených fyziologických pohybových vzorů, které byly blokovány postižením mozku v časném dětství nebo byly v důsledku traumatu ztraceny.“ (PAVLŮ, 2003, str. 71)

Hromádková (1999) interpretuje základ metody ve dvou koordinačních celcích- v reflexním plazení a reflexním otáčení. Uvádí, že tyto modely pohybu jsou výbavné jen z určité polohy těla a jen pod určitou stimulací a že zmíněné modely pohybu jsou již vrozené- existují v předem připraveném programu centrální nervové soustavy a jsou přítomny u každého jedince nezávisle na jeho věku.

Tyto modely pohybu obsahují prvky- změnu těžiště v závislosti na vzpřímení, koordinovanou změnu držení těla, řízení rovnováhy.

Pavlů (2003) dodává, že pomocí reflexních vzorů se snažíme aktivovat motorické funkce, využíváme aplikaci tělesných zón manuálními stimuly, čímž dochází k vyvolání změny v držení pohybu. Jeden princip = mnoho variací.

„Průběh pohybů reflexní lokomoce lze vyvolat kdykoli. Ke třem základním polohám na břiše, na zádech a na boku existuje víc než 30 variací. Kombinováním a variacemi aktivačních zón, používáním odporů i jemných změn ve směru tlaku a úhlovém nastavení ve výchozí pozici je možné přizpůsobit terapii individuální diagnóze a cílům terapie.“ (WWW5)

Využití metodiky

Pro aktivaci reflexní lokomoce je důležité nastavení výchozí polohy těla jedince, její opěrná báze, aktivace spoušťových zón, korektní centrace kyčelního a ramenního kloubu, udání tlaku a odporu a finální vzor reflexního programu- konečná poloha.

Dílčí cíle Vojtovy metody:

- Nastolení fyziologického pohybu časně a dříve, než tomu zabránil rozvoj patologických vzorů, které si člověk fixuje.
- Aktivace svalových skupin ve fyziologickém vzorci, které dosud pracovaly patologicky nebo nepracovaly vůbec → náprava.

- Komplexní změna zapojení svalových vzorců a držení těla, kterou vyvoláme soustavnou fixací pohybových vzorů - reflexního plazení a reflexního otáčení.
- Ovlivnění dalších funkcí- vegetativní funkce, stereotyp dýchání atd. (PAVLŮ, 2003)

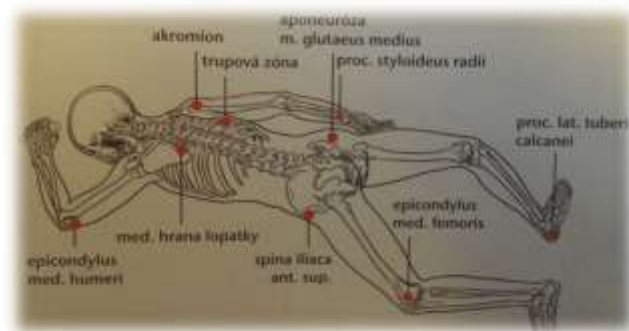
Reflexní plazení

Výchozí polohou reflexního plazení je leh na břiše a hlava je na podložce otočená na bok. Pohyb realizujeme většinou v tzv. zkříženém vzoru. Dolní a protilehlá horní končetina podpírají tělo a nesou trup směrem dopředu.

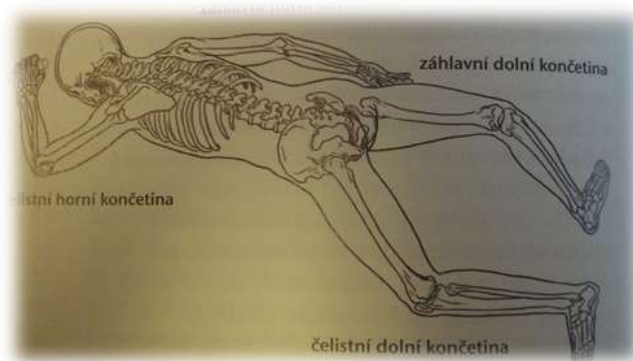
Reakcemi reflexního plazení jsou především:

- Aktivace svalových vzpřimovacích mechanismů potřebných pro oporu, úchop, vertikalizaci a chůzi, dále aktivace krokových pohybů horních a dolních končetin.
- Aktivace dýchacího a břišního svalstva, svalstva dna pánevního i svěračů močového měchýře a konečníku.
- Polykací pohyby (důležité pro žvýkání).
- Pohyby očí.

(WWW5)



Obrázek 8: Schéma aktivačních zón; nastavení těla jedince + aktivace zóny = motorická aktivace plazení v ideálním svalovém řetězci (KOLÁŘ 2009, str. 267)



Obrázek 9: Výchozí pozice reflexního plazení (KOLÁŘ 2009, str. 266)

Reflexní otáčení

Reflexní otáčení je vedeno z polohy na zádech do polohy na boku a končí v chůzi po čtyřech. U vývojově korektního jedince lze náznaky těchto pohybů a později provedení pozorovat spontánně (6. měsíc života a později kolem 8,5. měsíc života).

Díky Vojtově metodě můžeme tyto reflexy vyvolávat již u novorozenců. Využíváme polohy na zádech, boku a rozdělujeme vedení pohybu na dvě fáze.

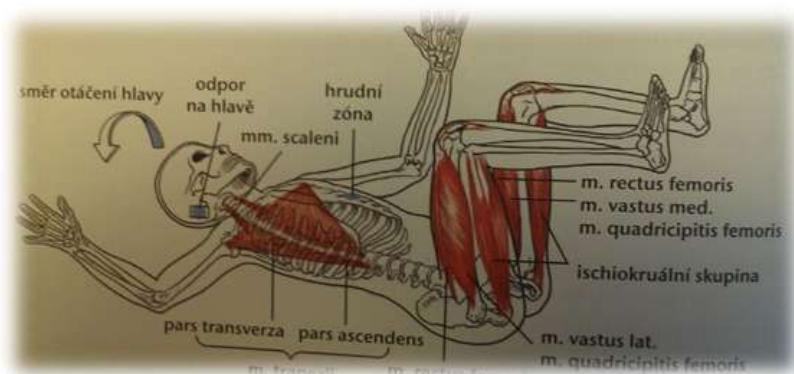
1. fáze: poloha na zádech, horní a dolní končetiny jsou natažené. Provedení aktivace hrudní zóny v mezižebním prostoru je vybitelná reakce otočení do polohy na boku. Terapeut klade odpor proti otáčení hlavy.



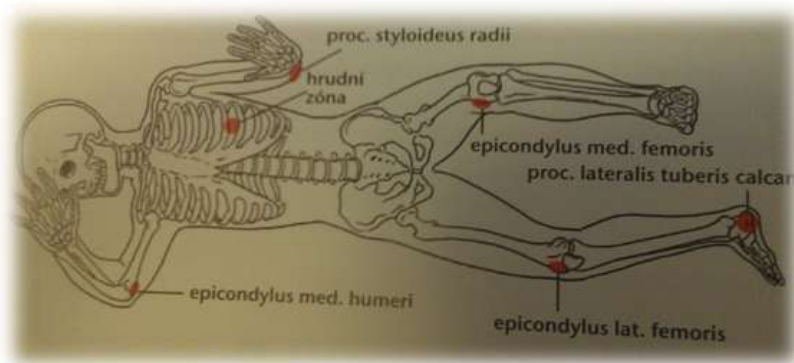
Obrázek 10: Výchozí poloha pro otáčivé děje v 1. fázi (KOLÁŘ 2009, str. 269)

2. fáze: začíná v poloze na boku. Obsahuje pohybové prvky a vzory, vyskytující se při spontánním otáčení, lezení a chůzi do strany. Opora těla-

horní a dolní končetina na spodní straně. Reflexní otáčení by mělo končit v poloze na lezení po čtyřech.



Obrázek 11: Fáze reflexního otáčení- aktivace v poloze na zádech (KOLÁŘ 2009, str. 270)



Obrázek 12: Fáze reflexního otáčení- aktivace v poloze na boku (KOLÁŘ 2009, str. 270)

Reakcemi reflexního plazení jsou především:

- napřímení páteře
- flexe dolních končetin v kyčelních, kolenních a hlezenních kloubech
- držení dolních končetin v této poloze proti gravitaci
- příprava horních končetin na opěrnou funkci
- pohyby očí do strany
- polykání
- prohloubení dýchání
- koordinovaná, diferencovaná aktivace břišního svalstva
- napřímení páteře během celého procesu otáčení
- držení hlavy v poloze na boku proti gravitaci

(WWW5)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Somatopedie

Vojtovu metodu využijeme nejhojněji v somatopedii, a to u DMO, RS, CMP, epilepsie, ortopedických diagnóz atd. Cílem je zhodnocení úrovně ontogeneze motoriky, vyšetření posturální aktivity dle polohových testů, vyšetření reflexů a následné sestavení cvičení, které vede ke zlepšení zbytkových motorických funkcí a aktivaci kompenzačních mechanismů pro kvalitní hybnost.

Velmi zásadní vliv na pozitivní účinek metody má dávka a frekvence cvičení. Obvyklá dávka terapie by se měla pohybovat kolem 15 minut, záleží však na fyzické a psychické kondici jedince.

- **DMO:** Zde je hlavním problémem porucha hybnosti, ať již ve smyslu spasticity, díky níž se zkracují svaly a tím dochází k vadnému držení horních končetin, dolních končetin, trupu i pánve či ve smyslu hypotonie- kdy poškození mozečku, míchy nebo mimokorových oblastí patologicky sníží svalové napětí.
- **RS:** U roztroušené sklerózy mozkomíšni usilujeme o posílení svalových skupin a udržení jedince v ideální fyzické kondici.
- **CMP:** U cévních mozkových příhod usilujeme především o překonání akutního stádia a chceme zlepšit Vojtovou metodou postavení těla a posturálních funkcí (pracujeme s těžištěm a oporou těla).
- **Ortopedické diagnózy a VDT:** Zde Vojtovou metodou „sjednáváme pořádek“ v nastavení těla, řízení pohybu, cíleně a ideálně se snažíme posílit a zapojit svalový korzet.
- **Epilepsie:** Také u epileptických záchvatů je Vojtova metoda ideální terapeutickou intervencí, dokonce jako jedna z mála metod není kontraindikací, ba naopak. Vojtova reflexní lokomoce počet záchvatů snižuje či je dokonce eliminuje- jsou případy, kdy u jedinců s prokazatelně přítomnou epilepsií (EEG), nedochází díky intenzivnímu cvičení metody k záchvatům.

Surdopedie

Zde, u jedinců se sluchovým postižením je také Vojtova metoda reflexní lokomoce ideální terapeutickou intervencí. Vzhledem k faktu, že se ve sluchovém analyzátoru tzv. vestibulocochleární centrum (centrum rovnovážného ústrojí), jedinci se ztrátou sluchu ztrácí orientaci v prostoru a koordinaci.

Tyflopedie

U jedinců se zrakovým postižením dochází ke ztrátě orientace v prostoru, koordinaci a tím nastavení korektních pohybových vzorů. Vojtova metoda reflexní lokomoce, ideálním nastavením cvičení, tyto patologické vzorce eliminuje a navozuje fyziologické.

Postup Vojtovy reflexní lokomoce- reflexní plazení a reflexní otáčení:



Obrázek 13: Výchozí pozice v lehu na břiše - pohyb probíhá ve zkříženém vzoru, kdy pravá horní a levá dolní končetina podpírají, nesou trup a dolní protilehlá s protilehlou horní končetinou vykonávají pohyb



Obrázek 14: Průběh reflexního plazení - terapeut dává odpor proti vznikající rotaci hlavy, čímž zvýší aktivaci veškerého svalstva a stimuluje vzpřimovací reflexy



Obrázek 15: Reflexní otáčení: výchozí poloha v leže na zádech



Obrázek 16: 1. fáze reflexního otáčení: aktivace v poloze na zádech, kdy aktivací hrudní zóny v mezižebřerním prostoru dosáhneme otočení do polohy na boku. Terapeut klade odpor proti otáčení hlavy



Obrázek 17: Reflexní otáčení- z polohy na zádech do polohy na bok



Obrázek 18: 2. fáze reflexního otáčení - aktivace v poloze na boku



Obrázek 19: Reflexní otáčení - z polohy na boku do polohy na čtyřech

5.6.2 Bobath koncept

Jedná se o terapeutický koncept manželů Bobathových (fyzioterapeutka a neuropsychiatr) vyvinutý původně pro jedince s DMO, později pro dospělé jedince s následky po CMP např. hemiplegie. V dnešní podobě se metoda také

vyskytuje pod názvem Neurodevelopmental treatment (NDT) - kdy se jedná o jakýsi „živý koncept“ během léčby jedince, na základě měnících se pohybových reakcí. (HROMÁDKOVÁ, 1999)

Teoretická východiska metodiky

Tento metodický koncept je založen na odstranění poruch na úrovni centrální posturální kontroly. Cílem terapeutické intervence je ve své podstatě koordinované udržení rovnováhy před a po pohybu, při kterém se snažíme vyvolávat reflexní automatismy - vzpřimovací, rovnovážné a obranné. Takto cílené cvičení vede k zafixování korektních pohybově posturálních vzorů a jejich spontánní výbavnosti při pohybu a koordinaci.

Snahou terapeuta je zvýšení posturálního tonu a fixace souhry mezi agonisty (svaly hlavní - realizující konkrétní pohyb), antagonisty (svaly opačné- měly by při aktivaci hlavních svalů relaxovat) a synergisty (svaly pomocné- pomáhají hlavním k pohybu).

Zjednodušeně lze říci, že jde o cvičení s prvky hry, kdy terapeut jedince drží a přizpůsobuje dané pohybové situaci s využitím pomůcek (míče, válce, lavičky, labilní plochy atd.).

Jedince učíme správnému provedení pohybů, které sám nedovede realizovat, aby si je po té mohl sám realizovat.

Využití metodiky

Nejprve je nutné vyšetření, kdy pozorujeme chování dítěte, fyzickou zdatnost, emoční vývoj, kognitivní funkce, porozumění úkolům a schopnost koncentrace. Dále používané vzory pohybu, jejich plynulost atd. Poté analyzujeme důvody, proč jedinec pohybovou aktivitu nezvládá.

Bobath koncept se v realizaci terapie opírá o principy inhibice (uvolnění) - spasticity, zkrácených svalových skupin a principy facilitace (usnadnění) - provést korektní pohybový vzorec.

Stěžejním termínem metodiky je tzv. *handling*. Jedná se o manipulaci s jedincem, kdy určitými doteky terapeut navozuje vzpřimovací, rovnovážné a obranné reakce. Tato akce vyvolává reakci - korekce opory s korektním timingem.

Při Bobath konceptu v terapii využíváme:

- **Handling:** manipulace s jedincem
- **Tlak a odpor:** trup a končetiny jedince se musí automaticky přizpůsobit novým podmínkám
- **Placing:** autonomní adaptace svalů jedince na posturální změnu
- **Holding:** schopnost jedince fixovat a kontrolovat polohy
- **Tapping:** stimulace jedince podněty- poklep, tlak, hlazení, třesení, trakce (KOLÁŘ et al., 2009), (PAVLŮ, 2003)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Bobath koncept využijeme ve speciálně pedagogické praxi především v somatopedii. Obzvláště účinným se koncept stává v terapii DMO (ovlivnění svalového spasmu a řízení pohybu), RS (ovlivnění svalových spasmů, zlepšení koordinace pohybu a rovnováhy), stavů po CMP (ovlivnění stavu hemiparetických pacientů) atd.

Cvičení dle Bobath konceptu:



Obrázek 20



Obrázek 21



Obrázek 22



Obrázek 23



Obrázek 24



Obrázek 25

Obrázek 20 - Obrázek 25 znázorňují různé způsoby tzv. handlingu. Během handlingu pracujeme s body na těle, které jsou klíčové: ramena, pánev, hrudní kost. Díky dotekům na těchto místech během fixace, dochází k vyvolání specifických reakcí, např. při pomalém handlingu snížení hypertonu jedince; při rychlém handlingu zvýšení hypotonu jedince. Handlingem, který zařadíme do všedního dne (nošení, oblékání, krmení, chování atd.) jedince, ovlivňujeme přítomné patologické jevy.



Obrázek 26



Obrázek 27



Obrázek 28

Obrázek 26 - Obrázek 28 dokumentují možnosti tzv. tappingu. Dochází ke stimulaci jedince (poklep, tlak, hlazení, třesení, trakce), kdy díky kladenému odporu a tlaku se jedinec musel automaticky pohybově přizpůsobit novým podmínkám.



Obrázek 29



Obrázek 30



Obrázek 31



Obrázek 32



Obrázek 33



Obrázek 34

Obrázek 29 - Obrázek 34 dokumentují placing- autonomní adaptace svalů jedince na posturální změnu a následný holding- schopnost jedince fixovat a kontrolovat polohy.



Obrázek 35: Fotografie znázorňuje polohu bočního sedu- váha dítěte je na kyčlích, opora těla je také na předloktí, které podkládá destabilizační pomůcka.



Obrázek 36



Obrázek 37

Obrázek 36 a Obrázek 37 dokládají možnosti přenášení váhy, kdy tímto polohováním facilitujeme nové pohybové vzorce (vzpřimovací reakce a reakce udržení těla)



Obrázek 38: Fotografie zobrazuje situaci, kdy terapeut supluje podložku a toto zapolohování jedince, kdy např. zaklíníme nohu jedince, vyprovokuje vzpěrné reakce a oporu o rozevřené ruce.



Obrázek 39



Obrázek 40



Obrázek 41

Obrázek 39 - Obrázek 41 zobrazují modifikaci handlingu, kdy je snahou opět vyvolat autonomní adaptaci svalů na posturální změnu v sedu, stojí a kleku. Tíženým efektem u jedince je cílená kontrola pohybu a její fixace.

5.6.3 Metoda Roswithy Brunkow

Metoda Roswithy Brunkow se do terapeutického podvědomí dostala v roce 1974, kdy ji rehabilitační sestra R. Brunkow, po letech bádání a čerpání z vlastních zkušeností byla upoutána v důsledku poranění páteře na invalidní vozík, představila na světovém kongresu v Montrealu. Její poznatky a zkušenosti (našla přístup k ovlivnění motoriky podrážděním, které vycházelo z nastavení aker vzhledem k trupu a následného vzpěru), tehdy oponovaly veškerému učení. (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, 2011)

„ Na základě této představy dospěla k závěru, že je možné abnormální, patologický postoj eliminovat. Tento reflexogenní postoj disocioval (oddělil) ten dřívější, patologický vzor, proto vzpěrná cvičení nazvala disociovanými.“ (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, 2011, str. 13)

Teoretická východiska metodiky

V dnešní podobě se Brunkow koncept objevuje také pod názvem ACT(R), Akrálně koaktivační terapie, která navazuje na Brunkow koncept a snaží se tuto metodiku posouvat dále.

Tato terapeutická metoda vychází z využití poloh motorického vývoje dítěte, jeho variací a zapojení akrálních částí končetin při terapii. Pracujeme s motorickým učením a principy biomechanického pohybu v uzavřených či otevřených pohybových řetězcích.

Tím, že tento komplexní systém cvičení napřimuje a následně stabilizuje páteř, končetiny, mění nastavení svalového tonu, zvyšuje kondici, zlepšuje koordinaci a pozornost, jedná se o vhodný terapeutický koncept, který nachází uplatnění u jedinců např. v neurologii, pediatrii, ortopedii atd. (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, 2011)



Obrázek 42: popisuje vzpěr v poloze na čtyřech, který vychází z napřimení dle Brunkow konceptu (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ 2011, str. 15)



Obrázek 43



Obrázek 44

Obrázek 43 a Obrázek 44 znázorňují funkční nastavení akrální části ruky - kupolovité nastavení. (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ 2011. str. 22)



Obrázek 45



Obrázek 46

Obrázek 45 a Obrázek 46 znázorňují funkční nastavení akrální části nohy- opora o paty a znázornění příčné a podélné klenby nožní. (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ 2011. str. 25)

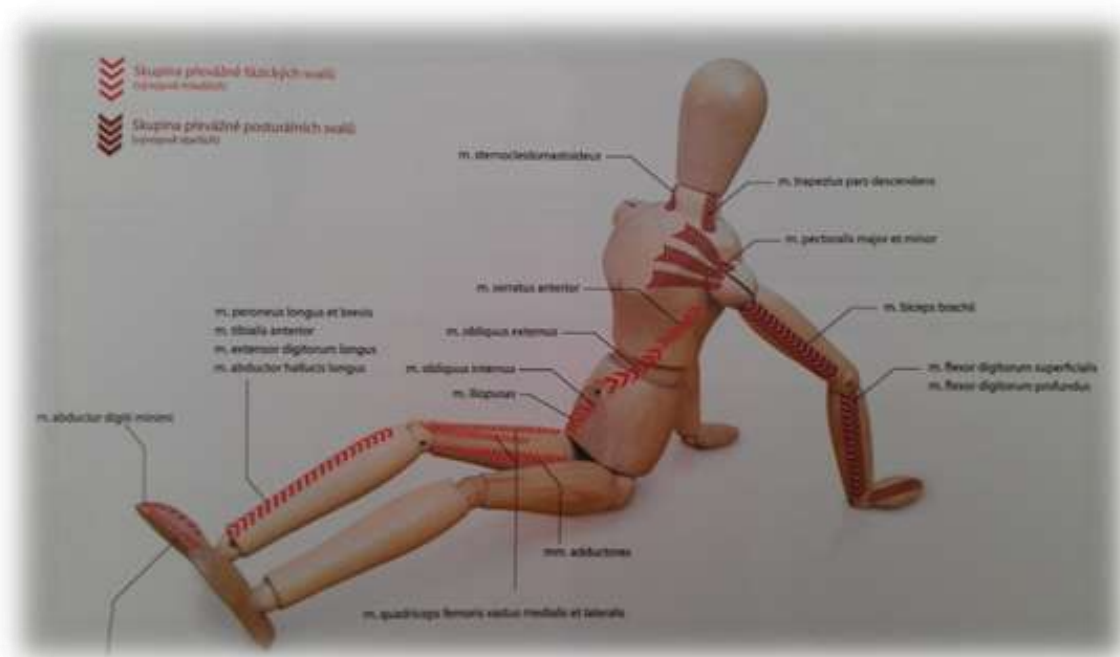
Využití metodiky

Palaščáková Špringrová (2011) uvádí, že pokud provedeme vzpěr o funkčně nastavené akrální části horních a dolních končetin (kořeny rukou a paty), dochází ke vzpřímenému držení osového orgánu a k aktivnímu držení segmentů těla (postury), proti působení zevních sil.

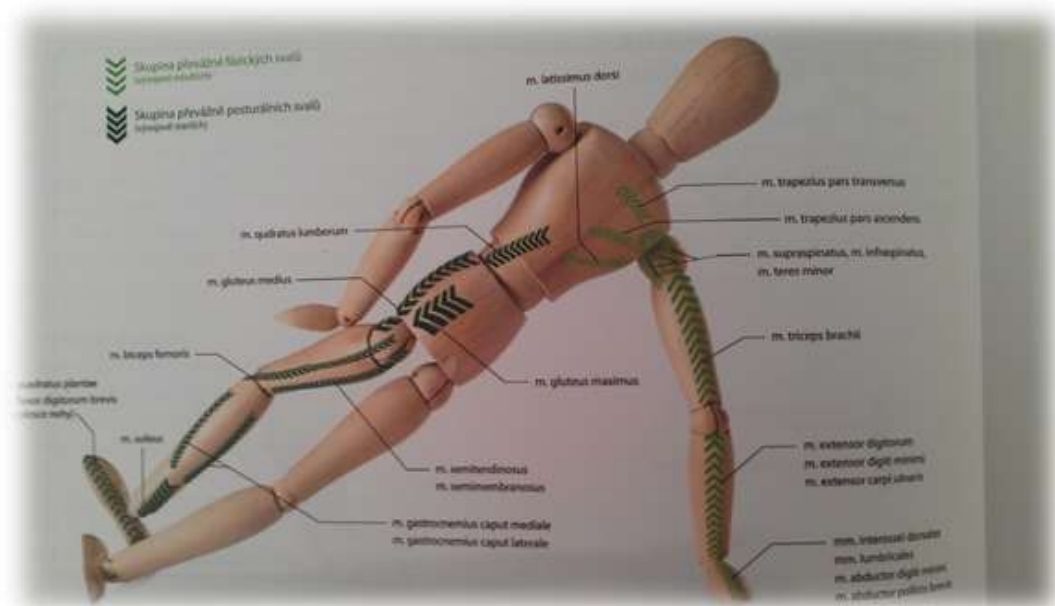
Uvádí také, že dítě je během svého postnatálního motorického vývoje konfrontováno s možnostmi CNS, co se zaujetí otevřených a uzavřených pohybových řetězců týče, proto jsou pohybové procesy výsledkem hledání a postupného učení jedince.

Dalším důležitým faktem, který Dr. Palaščáková Špringrová (2011) uvádí je, že na základě nastavení akrálních částí končetin navozujeme svalové řetězce - ventrální svalový řetězec (svaly ruky, ohybače ruky a předloktí, sval

bicepsu, velký a malý prsní sval, trapézové svaly, kývač hlavy, vnitřní šikmé svaly břicha, přitahovač kyčle, přitahovače stehen, svaly hlezna a prstů nohy) a dorsální svalový řetězec (svaly prstů, ohybače ruky a předloktí, sval tricepsu, svaly lopatky, trapézový sval, široký zádový sval, čtvercový sval bederní, natahovače zadní strany stehen, svaly lýtky, svaly plosky nohy), které při jejich aktivaci nebo inhibici provokují reakce na trup ve smyslu napřímění.



Obrázek 47: Znázorňuje průběh aktivace ventrálního svalového řetězce na končetinách a trupu při dorzální flexi aker. (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ 2011, str. 17)



Obrázek 48: Znázorňuje průběh aktivace dorzálního svalového řetězce na končetinách a trupu při dorzální flexi aker. (PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ 2011, str. 18)

Vývojové polohy dítěte a následná aplikace terapie, vycházející z těchto poloh:



Obrázek 49



Obrázek 50

Obrázek 49 a Obrázek 50: poloha novorozence- využíváme pro napřímění krční páteře při přenášení váhy.



Obrázek 51



Obrázek 52

Obrázek 51 a Obrázek 52: Poloha novorozence na zádech- využíváme vzpěr rukou a nohou o virtuální oporu (proti stropu), tím docílíme napřímení páteře.



Obrázek 53



Obrázek 54



Obrázek 55



Obrázek 56

Obrázek 53 - Obrázek 56: Poloha novorozence, 3. měsíc, v leže na zádech, kdy dochází při vzpěru do virtuální opory či opory o dolní končetiny k napřímení páteře a ke stabilizaci pánve do neutrální polohy.



Obrázek 57



Obrázek 58



Obrázek 59



Obrázek 60

Obrázek 57 - Obrázek 60: Poloha dítěte na boku, 3. - 5. měsíc. Cílem cvičení je napřímení páteře v uzavřeném kinematickém řetězci s následným otevřeným kinematickým řetězcem, korekce a stabilizace pánve v neutrální poloze + varianta, kdy je hlava mimo podložku.



Obrázek 61



Obrázek 62



Obrázek 63



Obrázek 64



Obrázek 65



Obrázek 66



Obrázek 67



Obrázek 68

Obrázek 61 - Obrázek 68: Poloha dítěte 4. - 7. měsíc, otáčení ze zad na břicho. Vzpěrem o loket spodní horní končetiny a akrum dolní končetiny dochází k napřimění páteře a dokončení pohybu otočení.



Obrázek 69



Obrázek 70



Obrázek 71



Obrázek 72



Obrázek 73



Obrázek 74



Obrázek 75



Obrázek 76

Obrázek 69 - Obrázek 76: Poloha dítěte 6. - 9. měsíc, vzpěr z polohy na břicho do polohy na čtyřech. Cílený vzpěr o akrální části způsobí napřímění páteře, neutrální postavení

pánve a vypořehování osového orgánu do polohy na čtyřech. Obrázek 75 a Obrázek 76 demonstrují varianty.



Obrázek 77



Obrázek 78



Obrázek 79



Obrázek 80

Obrázek 77 - Obrázek 80: Polohy dítěte 7. – 9. měsíc, polohy šikmého sedu. V této poloze přenášíme nejprve váhu o předloktí a později o kořen dlaně na horní končetině, druhá ruka se vzpírá o stehno či podložku, záleží vždy na variantě cvičení. Cíleným vzpěrem dochází k napřimění páteře a k centraci pánve.



Obrázek 81



Obrázek 82



Obrázek 83



Obrázek 84

Obrázek 81 - Obrázek 84: Polohy dítěte 7. - 9. měsíc, polohy šikmého sedu. V této poloze přenášíme nejprve váhu o předloktí a později o kořen dlaně na horní končetině, druhá ruka se vzpírá o stehno či podložku, záleží vždy na variantě cvičení. Cíleným vzpěrem dochází k napřímení páteře a k centraci pánve.



Obrázek 85



Obrázek 86



Obrázek 87



Obrázek 88



Obrázek 89



Obrázek 90

Obrázek 85 - Obrázek 90: Poloha dítěte 9. – 10. měsíc, sed na zemi. V tomto období je schopno dítě provést sed z pozice na čtyřech přes šikmý sed, z polohy na bříše či z polohy na zádech. Po té se objevuje volný sed, kdy jsou nohy dítěte natažené. Cíleným cvičením vzpěru v různých kombinacích dochází ke zvýšené izometrické kontrakci řetězců svalů, které zajišťují vzpřímené držení trupu a tím je pak dítě schopno pracovat rukama kolem sebe.



Obrázek 91



Obrázek 92



Obrázek 93



Obrázek 94



Obrázek 95

Obrázek 91 - Obrázek 95: Poloha dítěte 10. - 15. měsíc, stoj, chůze. V první fázi mají děti nezralou chůzi. Lezou jako medvěd, viz Obrázek 91, poté chodí s oporou, viz obr. Obrázek 92. Stále se však nejedná o bipedální chůzi. Později přejdou do samotné bipedální lokomoce. Cílem cvičení je navodit vzpěrem o akra končetin napříměné držení trupu, páteře a stabilizace pánve pro chůzi.

(PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ 2011, str. 32-75)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi- vybrané ukázky

Předchozí část kapitoly, Vývojové polohy dítěte a následná aplikace terapie, vycházející z těchto poloh, předložila ukázky využitelné v praxi.

Pokud je korektní diagnostika, sestavení vhodného cvičení pro daného jedince a je vybrán terapeutem vstup do těla (to je v tomto případě vývojová poloha), dokážeme pohybové podmínky dostat do mozku a následně je zautomatizovat k užití.

Jak jsme se mohli přesvědčit, využití metodiky je velmi širokospektré a nachází uplatnění u většiny jedinců, kteří vyžadují speciálně pedagogickou intervenci.

V této části nyní demonstrujeme využití metodiky u vybraných diagnóz.

Neurologie a ortopedie

- VAS (vertebro algický syndrom), VDT (vadné držení těla), skoliózy atd. - u těchto jedinců cíleným cvičením napřímujeme svaly páteře, sta-

bilizujeme a koaktivujeme svaly trupu či končetin a snižujeme bolestivé funkční či strukturální stavy.

- Pooperační stavy páteře - u těchto jedinců po operaci výhřezu meziobratlové ploténky atd. zvyšujeme svalovou sílu trupu a stabilizujeme páteř a pánev.



Obrázek 96



Obrázek 97



Obrázek 98



Obrázek 99



Obrázek 100



Obrázek 101



Obrázek 102

Obrázek 96 - Obrázek 102: Stav po operaci vyhřezlé meziobratlové ploténky L4/L5 s poruchou čítí levé dolní končetiny.

- CMP, DMO, periferní parézy, míšní léze atd. – vzpěným cvičením a následnou koaktivací svalstva cíleně dochází ke snížení spasticity. U periferních paréz je cílem zvýšení svalové síly a zařazení postižených druhostranných končetiny do pohybového vzorce. U míšních lézí vzpěrem o virtuální či skutečnou oporu navozujeme pohybové vzory a vyvoláváme posturální funkci svalů.



Obrázek 103



Obrázek 104



Obrázek 105



Obrázek 106



Obrázek 107



Obrázek 108

Obrázek 103 - Obrázek 108: DMO - obrázky dokumentují průběh cvičení s jedincem.

SVPŠD

Zde platí, že bychom měli polohy indikovat adekvátně věku a vývoji dítěte a přizpůsobit cvičení pohybovým možnostem. Také je nutné zhodnotit kondici a kompenzaci dítěte a na základě těchto informací, případně netrvat na přesném provedení. Důležité je také zhodnocení, zda při cvičení je či není nutná přítomnost rodiče. Děti bychom měli za dobře odvedenou práci a dílčí úspěchy řádně pochválit, a také kladně motivovat ke cvičení. Děti je nutné intenzivněji verbálně facilitovat a během cvičení lze využít hudbu.

Obrázek 109 - Obrázek 114 dokumentují využití metody R. Brunkow s profesionálním fotbalistou, juniorským reprezentantem, který má ADHD bez agresivity s dyslexií a dysgrafií. Pravidelným cvičením dochází ke kompenzaci přetížených svalů, k navození ideálních pohybových řetězců a cíleným cvičením nastavujeme „režim“ a jedince ideálně kompenzujeme. Díky pravidelnému cvičení dokáže být tento fotbalista maximálně soustředěný na hřišti a je schopný stabilně podávat profesionální výkony.



Obrázek 109



Obrázek 110



Obrázek 111



Obrázek 112



Obrázek 113



Obrázek 114

5.6.4 *Dynamická Neuromuskulární Stabilizace (DNS)*

DNS dle doc. PaedDr. Pavla Koláře, Ph.D. Jedná se o terapeutický koncept založený na vývojové kineziologii člověka. Terapeutická intervence této metodiky je důležitá především pro diagnostiku a následnou terapii pohybových poruch, které jsou přítomny u neurologických, ortopedických i pediatrických jedinců.

Doc. Kolář navazuje a vychází z poznatků tzv. pražské školy- toto uskupení bylo spjato s největšími odborníky a průkopníky oboru fyzioterapie- např. prof. Vojta, prof. Janda, prof. Lewit či prof. Véle.

Teoretická východiska metodiky

Kolář et al. (2009) uvádí, že tento koncept je založen na principech vývojové kineziologie, neurofyziologických aspektů zrání lokomočního systému. Jedná se o specifické motorické modely charakteristické pro určitý vývojový věk, které následně využíváme v klinickém vyšetření a z nichž dále vychází poloha pro terapii.

Dále uvádí, že vývoj pohybových funkcí jedince je založen na dozrávání CNS. Vývoj anatomických struktur jde ruku v ruce s vývojem pohybových funkcí, a také že do pohybových funkcí jedince jsou integrovány veškeré modalities sensorického systému - složka akustická, optická, vestibulární, proprioceptivní, exteroceptivní a jazyk.

Zmiňuje pojem *postura*. Jedná se o dynamické držení segmentů těla proti působení zevních sil (gravitace), které je součástí jakékoliv polohy, pohybu a je především základním předpokladem pro vykonání pohybu. Aby tato postura fungovala korektně, musí být zachována tzv. sagitální stabilizace trupu- jakýsi pevný rám pro pohyb, integrovaný v procesu vertikalizace.

Využití metodiky

Cílem metodiky je u jedince zvolit ideální vstup do děla (skrže vývojové polohy- vzor ipsilaterální, např. nákročné končetiny jsou svrchní a vzor kontralaterální, např. opěrné končetiny jsou spodní), na základě kterého provedeme plánovaný pohyb, čímž současně nastavíme tzv. sagitální stabilizaci trupu- reflexně vznikne fyziologická funkce svalů, neutrální nastavení kloubů a fyziologické držení těla.

Abychom mohli zvolit vhodné polohy pro vstup informačního toku do těla jedince, musíme jedince otestovat v několika ucelených testech dle doc. Koláře, např. brániční test, testování nitrobřišního tlaku, test flexe kyčelních kloubů, test flexe hlavy a trupu, test extenze těla, test v poloze na čtyřech.

Cílem testů je zhodnocení vyvážené aktivity břišní stěny, součinnost hrudníku a nastavení páteře. Na základě zhodnocených insuficiencí se indikuje poloha pro terapii, která vychází z vývojových poloh dítěte.



Obrázek 115



Obrázek 116

Obrázek 115 a Obrázek 116 demonstrují nastavení ve vybraných vývojových polohách a korekci do tzv. sagitální stabilizace trupu, kdy vzniká koaktivační souhra mezi svaly, které stabilizují hrudník, trup, páteř a pánev. Šipky znázorňují osy, jdoucí proti sobě.



Obrázek 117: 3. měsíc



Obrázek 118: 4,5. měsíc



Obrázek 119: 6. měsíc



Obrázek 120: 8,5. měsíc



Obrázek 121: 14. měsíc



Obrázek 122: 16. měsíc



Obrázek 123: 16. měsíc



Obrázek 124: 3. měsíc



Obrázek 125: 4,5. - 6. měsíc



Obrázek 126: 6. měsíc



Obrázek 127: 6. měsíc



Obrázek 128: 7,5. měsíc



Obrázek 129: 8. měsíc



Obrázek 130: 8. měsíc



Obrázek 131: 8,5. měsíc

Obrázek 117 - Obrázek 131: Vertikalizační proces dle ontogenetického vývoje- z těchto poloh modifikujeme terapii.

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi- vybrané ukázky

Tím, že je metodika založena na principech vývojové kineziologie, na základě zhodnocení provedených testů (testy nám objektivizují stav břišní stěny, funkce hrudníku a nastavení páteře), v terapii ideálně navozujeme vybranými polohami dle ontogenetického vývoje člověka, korektní lokomoční vzorce, které si jedinec následně pravidelným cvičením zautomatizuje. Tato metoda má velmi široké terapeutické uplatnění díky zásahu do lokomočních stereotypů, proto můžeme metodu aplikovat u všech jedinců včetně jedinců se speciálně pedagogickými potřebami.

Obrázky níže demonstrují vybrané modifikované polohy pro terapii.



Obrázek 132: Modifikace 6. měsíc



Obrázek 133: modifikace 9. měsíc



Obrázek 134: Modifikace 5. měsíc



**Obrázek 135: Modifikace 9. měsíc - tri-
pod**



Obrázek 136: Modifikace 16. měsíc - medvěd



Obrázek 137: Modifikace 7. měsíc - přetočení z boku na čtyři proti odporu

5.6.5 Metoda senzomotorické stimulace

Metodu senzomotorické stimulace řadíme mezi PNF metody, protože je její podstata založená na neurofyziologickém podkladě, podvědomé aktivaci svalů, kterou neřídíme vůlí, a jejich následná aktivita při vykonávání požadovaného pohybu. Tuto metodu využíváme hojně ve fyzioterapeutické praxi, vzhledem k pozitivnímu ovlivnění svalové dysbalance a ovlivnění výsledného stoje a chůze. Cílem je vytvoření balance na úrovni celého těla a jakási svalová připravenost - dobrá reakční schopnost a koordinace.

Nejen fyzioterapie však tuto metodiku musí využívat. Po celkem jednoduché instruktáži terapeutem, lze metodu senzomotorické stimulace aplikovat ve všech sportovních odvětvích, ale i jako důležitou součást kondičního či kompenzačního tréninku či individuálně u jedince, kde koordinační schopnosti a řízení kvalitního pohybu např. stoj, chůze atd., nejsou vzhledem k dysbalanci těla v ideálním stavu. (HALADOVÁ, 1997)

Tím, že můžeme využít široké spektrum balančních a koordinačních pomůcek různé obtížnosti (velký a malý gymnastický balón, různé úseče a nestabilní plochy, airex kladina atd.), snadno metodu senzomotorické stimulace indikujeme víceméně ve všech odvětvích speciální pedagogiky. Např. senzomotorickou stimulací bychom individuální či skupinovou formou (cvičení- hodina denně mezi výukou či o přestávce mezi hodinami nechat jedince „vyřádit se“

na balančních pomůckách) a to za využití balančních pomůcek (byly nevtíravou formou začleněny mezi hračkami ve třídě, herně), rozvíjeli úroveň koordinace, kompenzovali řetězce svalových dysbalancí, docílili bychom u daných jedinců zvýšení tělesné kondice nebo naopak cíleným cvičením bychom hyperaktivní jedince inhibovali- tím zlepšili jejich pozornost, soustředěnost a sebekontrolu atd.

Teoretická východiska metodiky

Metoda senzomotorické stimulace vychází z dvou úrovní motorického učení.

První úroveň: Pokud se jedinec snaží vykonat a zvládnout pro něho nový pohyb, podílí se na tomto procesu mozková kůra, její senzorická a motorická oblast, uložena v čelním a temenním laloku mozku. Vytvořené funkční dráhy mezi mozkiem a daným segmentem na úrovni mozkové kůry jsou však pomalé a pro řízení únavné.

Druhá úroveň: vzhledem k pomalému a únavnému řízení pohybu se tedy CNS snaží pohyb řídit z podkorových center, kdy je počín rychleji vybavitelný a méně únavný. Pokud je pohyb řízený z úrovně podkorových center, dochází k automatizaci a fixaci pohybového vzoru. (JANDA et VÁVROVÁ, 1992).

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi- vybrané ukázky

Využití této metody ve speciální pedagogice je z našeho pohledu velmi příznivé a ideální ve většině jejích odvětví. Díky širokému spektru balančních a koordinačních pomůcek, můžeme sestavit různorodou jednotku se specifickým zaměřením - inhibice, facilitace, kompenzace, trénink kondice, orientace v prostoru, škola pádů, sebedůvěra atd.

Somatopedie

Zde je spektrum využití nejširší. Záleží na dané diagnóze, její prognóze a možnostem indikace komplexní terapie. Specifika:

DMO: Zde je cílem inhibice a kompenzace spastických svalů- proto skrze balanční pomůcky můžeme nastavit pro tělo nové motorické vzorce, které svou aktivací facilitují svaly oslabené a inhibují ty spastické a zkrácené.

RS: zde je cílem především zapojení korektních pohybových vzorů, udržení optimální tělesné kondice, ale také inhibice přetížených a facilitace oslabených svalových skupin.

Stavy po CMP: Zde díky balančním pomůckám lze facilitovat jedince a podmiňovat nepodmíněné reflexy, také dodat sebedůvěru v prostoru, udržet tělesnou kondici atd.

Ortopedické diagnózy, dlouhodobá onemocnění a zdravotní omezení: Zde je snahou, dle specifík jedince, co nejideálnější reedukace, kompenzace a „normalizace“ zdravotního stavu v souvislosti s prognózou jedince.

Psychopedie

Downův syndrom: Jedinci s Downovým syndromem trpí svalovou hypotonií, mají problémy s obratností, koordinací, rovnováhou, rytmikou pohybu, také s orientací v prostoru a nemají jistotu a sebedůvěru při provedení pohybu. Pro tyto jedince je metoda senzomotorické stimulace ideální terapeutickou metodou v systému komplexní léčby. Vhodná je zde individuální (pro větší soustředěnost) i skupinová (pro ideálnější sociální interakci) intervence.

Neurózy: Tím, že neurotičtí jedinci trpí depresemi, fobiemi či hysterií, řadíme je do skupiny lehčích psychiatrických onemocnění.

Senzomotorická stimulace a cvičení s využitím balančních pomůcek, snížené sebevědomí, pocity úzkosti, poruchy nálady, ruminace a jejich typickou apatii celkem ideální formou kompenzuje. Ideální je zde i díky sociální interakci skupinová forma cvičení, postavena na stimulaci jedince.

Psychózy: Psychotičtí jedinci se projevují především maniodepresivitou, schizofrenií, psychopatií či maniomelancholií, které řadíme mezi těžší psychiatrické onemocnění. Senzomotorická stimulace a cvičení s využitím balančních pomůcek, změny nálad, silné emoce (smutek, děs atd.) či nadměrné množství energie, taktéž ideální měrou formuje jedince. Musíme však dbát na fakt, že tito jedinci nevnímají svou chorobu za závažnou a považují se za nor-

mální a zdravé. Zde je třeba rozvíjet koordinaci, díky cvičení navozovat sociální komunikaci, pracovat s přebytkem energie jedinců, ideálně ji usměrňovat a nastavit přísná režimová opatření.

Musíme také zdůraznit, že psychotičtí i neurotičtí jedinci by měli být kompenzováni farmakoterapií a po té systémem komplexní terapeutické intervence.

Etopedie

V tomto odvětví speciální pedagogiky, kdy působíme na jedince sociálně narušené, tedy obtížně vychovatelná mládež s poruchou chování, rozhodně metodami vycházejícími z oboru fyzioterapie stav jedince nezvrátíme. Můžeme však kompenzovat určité projevy chování a usměrňovat jedince individuálním intervencí.

Závislosti: Zde je třeba skrze balanční trénink usměrnit nezdravé sebevědomí, nekázeň, naučit jedince vyvinout úsilí a svým způsobem aktivně „vyplnit“ časový prostor, aby jedinec kompenzoval „bažení“ po složce, na niž je závislý.

SVPŠD

U jedinců, jež mají specifické vývojové poruchy školních dovedností je celá řada deficitů a dílčích problémů, zejména při nabývání školních dovedností (čtení, psaní, počítání, atd.), které individuálně determinují jedince. S těmito dílčími poruchami školních dovedností se pojí termíny ADHD, ADD a ODD, které byly vysvětleny v předchozích kapitolách. K těmto fenoménům si nyní vytyčíme zásady, které je třeba při využití senzomotorické stimulace dodržet.

ADHD: Protože se tito jedinci chronicky projevují nepřiměřeným stupněm nižší pozornosti, zvýšené aktivity (hyperaktivita), vyšším stupněm impulzivity (často se projevující agresivitou), mají také typické obtíže dodržovat pravidla, provádět opakované pracovní výkony či dodržovat pravidla chování, na těchto deficitech je třeba postavit princip cvičení- cílená adekvátní fyzická aktivita, pozornostní prvky, učení systematickosti, komunikace, plnění úkolů, nastavení úrovně obtížnosti- kompenzace hyperaktivity a impulzivity.

ADD: Tito jedinci jsou typičtí tzv. „denním sněním“, kdy je patrná porucha pozornosti s projevy přecitlivělosti, úzkosti, neschopnosti zaměření pozornosti, obtížně navozují sociální kontakty a je zde vyšší procento výskytu poruch učení. U těchto jedinců chceme senzomotorickou stimulací navodit facilitaci jedince, zvýšit pocit sebedůvěry a sociálního kontaktu dynamickou formou cvičení.

ODD: U těchto jedinců je problematikou fenomén opozičního chování s poruchou opozičního vzvoru- přítomna je tato porucha až u 60% jedinců, kteří mají ADHD s agresivitou.

Senzomotorická stimulace zde není metodou první volby, avšak jejím využitím lze kompenzovat míru agresivity a konfrontace jedince s egem s náročným balančním tréninkem není „marná“.

Využití balančních pomůcek

Můžeme říci, že cvičení na balančních a stabilizačních plochách přispívá ke zlepšení a posílení svalového korzetu, zajišťující správnou funkčnost páteře a nosných kloubů. Veškeré pozitivní vlivy ve spojení se speciální pedagogikou byly vysvětleny výše.

Nyní tedy k vybraným balančním pomůckám.

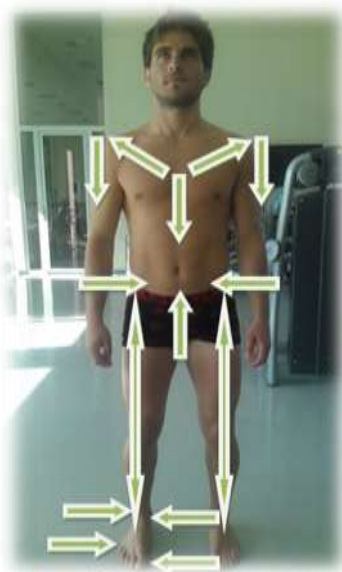
Korigovaný stoj

Abychom mohli balanční pomůcky využít, potřebujeme si nejprve osvojit korigované postavení - korigovaný stoj. Z tohoto postavení vycházíme a provádíme v rámci cvičení s jedincem náročnější cviky na těchto pomůckách.

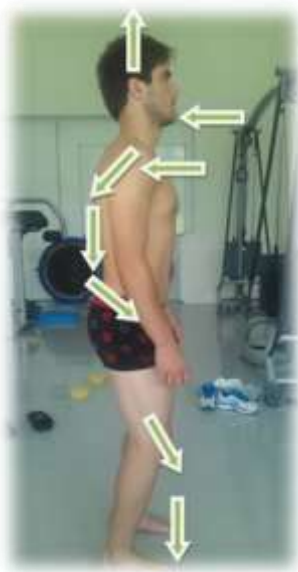
Korigované postavení - myslíme tím tedy takové, kdy jsou dolní končetiny umístěny na šířku pánve; klenba nohy a plosky se dotýkají o čtyři vztyčné plochy - palec, zevní hrana, zevní část paty a vnitřní část paty; kolena jsou v tzv. semiflexi - mírné pokrčení, aby čéšky kolen směřovaly nad druhý článek prstu nohou; pánev je ve středním postavení bez klopní a rotací; trup je napřímen- bederní páteř v ose těla bez výrazného prohnutí, ramena a lopatky směřují vzad a dolů a krční páteř je v prodloužení páteře se zasunutou bradou; horní končetiny jsou ve středním postavení podél těla. Během cvičení cílíme

nádech do oblasti podbřišku pro aktivaci bránice a při výdechu se snažíme o aktivaci hlubokého stabilizačního systému (aktivace bránice, hluboko uložených svalů zad, vnitřních břišních svalů a vtáhnutí konečnicku - aktivace pánevního dna).

Takovýto korigovaný posturální vzorec chceme navodit na balančních plochách a postupně jej zautomatizovat.



Obrázek 138



Obrázek 139



Obrázek 140

Obrázek 138 - Obrázek 140 demonstrují korigovaný stoj.

Balanční úseče a čocky

Balanční úseče jsou většinou válcové nebo kulové, co se vztyčné plochy tyče. Vrchní část tvoří protiskluzová základna, která má většinou hrubý či nerovný povrch s bodci pro kvalitnější senzomotorickou stimulaci. Balanční čocky jsou většinou z gumového či pěnového materiálu- jedna strana bývá hladká a druhá s výčnělky. Na těchto úsečích či čockách se pohybujeme vpřed, vzad či do stran, kdy je cílem jedince destabilizovat tak, aby musel zaujmout korigované postavení a toto postavení následně stabilizovat. Balanční čocky se také dají použít např. i místo velkého rehabilitačního míče, umístíme-li je na židli.



Obrázek 141: Balanční čočky



Obrázek 142: Balanční úseče



Obrázek 143



Obrázek 144



Obrázek 145



Obrázek 146

Obrázek 143 - Obrázek 146: Cvičení na balančních plochách.



Obrázek 147



Obrázek 148



Obrázek 149



Obrázek 150



Obrázek 151



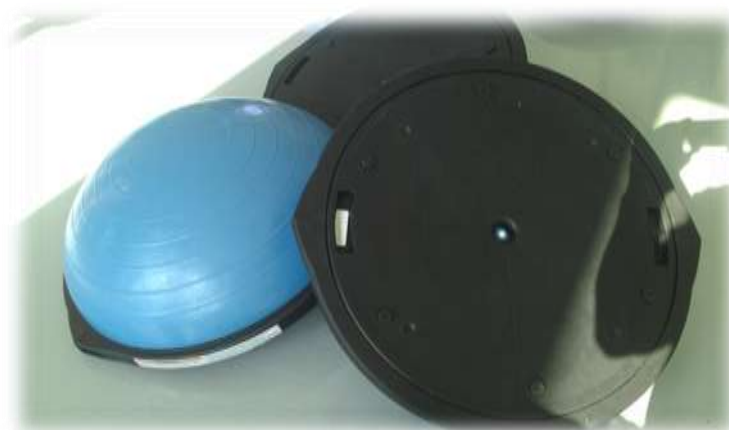
Obrázek 152

Obrázek 147 - Obrázek 152: Cvičení na balančních ččkách.

5.6.6 BOSU

Balanční položka BOSU® (Both Sides Up - využití oběma stranami), patří v dnešní době k nejoblíbenějším pomůckám, které rozvíjejí stabilizaci, pomáhají vybalancovat svalový korzet a stimulují celkově hluboký stabilizační systém- o hlubokém stabilizačním systému páteře bude řeč v dalších kapitolách.

Tím, že lze ve cvičební jednotce využít BOSU® oboustranně, máme nepřeberné množství cvičení a jejich variant.



Obrázek 153: BOSU®



Obrázek 154



Obrázek 155



Obrázek 156



Obrázek 157



Obrázek 158



Obrázek 159



Obrázek 160

Obrázek 154 - Obrázek 160: Cvičení na BOSU.



Obrázek 161: BOSU jako ideální korekční pomůcka a hračka pro děti



Obrázek 162



Obrázek 163

Obrázek 162 a Obrázek 163: Dynamické cvičení - BOSU.

5.6.7 Airex

Tyto pomůcky AIREX® jsou výsledkem mnohaletých výzkumů, co se materiálu a odolnosti týče. Jedná se o pomůcky vyrobené z pěny, které mají uzavřené buňky a jsou velmi odolné. Dají se využít podpůrně či k podložení a polohování. Díky AIREX® materiálu jsou svaly, šlachy a klouby zatíženi vel-

mi citlivě, efektivně a pro své výborné destabilizační vlastnosti, pomůcky slouží pro nácvik koordinace, kondice či v rehabilitaci- balance, motorika, stabilizace.



Obrázek 164: AIREX a jeho pružné vlastnosti



Obrázek 165: Balanční cvičení na AIREXU



Obrázek 166



Obrázek 167



Obrázek 168



Obrázek 169



Obrázek 170

Obrázek 165 - Obrázek 170: Využití AIREXU v praxi.

5.6.8 Velký gymnastický míč

Velký gymnastický míč, rehabilitační míč, Gymnastic ball, gymball- pod tímto označením se skrývá pomůcka, na které lze ideálně cvičit - rozvíjet svalový korzet, koordinaci, protahovat zkrácené svaly, také lze na míči relaxovat či ho využít jako dynamickou oporu k sezení.

Pavlů (2003) uvádí, že využití velkých míčů v oblasti fyzioterapie bylo známo již v 60. letech z Bobath konceptu, kdy se míče využívaly v terapii u dětí s centrálními lézemi motoriky.

Za to, že dnes tuto rozšířenou balanční pomůcku můžeme využívat k nejrůznějším účelům, vděčíme švýcarské fyzioterapeutce S. Klein-Vogelbach, která detailně rozpracovala metodiku cvičení na velkém míči.

Při cvičení na velké míči tedy aktivujeme ochablé svalstvo těla, ale i protahujeme přetížené struktury. Tím, že musíme při cvičení koordinovat tělo a stabilizovat páteř, dochází k zapojení hlubokého stabilizačního systému páteře, což je pro daného jedince velmi důležité. V dnešní době je na trhu celá řada variant těchto míčů- liší se materiálově (gumový, dvojrstvý, gumový měkký) a velikostně (od průměru 30 cm - 85cm, záleží na účelu použití).



Obrázek 171: Gymnastické míče



Obrázek 172



Obrázek 173



Obrázek 174



Obrázek 175

Obrázek 172 - Obrázek 175: Vybrané balanční cvičení na míči. Vycházíme z korigovaného sedu.

5.6.9 Korigovaný sed

Abychom cvičení na velkém gymnastickém míči kvalitně a účelně zacílili, měli bychom nastavit výchozí polohu jedince do tzv. korigovaného sedu – máme na mysli takovou polohu těla, kdy by měly být kyčelní klouby mírně nad úrovní kolenních (flexe cca 100°); plosky nohou by měly být opřené o podlož-

ku a zafixované ve vzorci palec, zevní hrana, vnitřní a zevní pata; obě dolní končetiny by měly být v jedné rovině- stehna, bérce, nohy; pánev by se neměla výrazně překlápět ani rotovat- pouze mírné klopení vpřed; trup od bederní páteře napřímen se vzpřímeným hrudníkem; horní končetiny by měly být ve středním postavení - ramena přirozeně vzad a celá páteř by měla být v prodloužení- od bederní páteře napřímená až po krční. Pokud takto zkorigu- jeme sed, jakožto výchozí polohu, optimálně navozujeme nové pohybové ste- reotypy při cvičení a tím např. facilitujeme i optimální nastavení pánve s hlubokým stabilizačním systémem páteře, zapojíme-li aktivaci „jádra“ viz výše - korigovaný stoj.



Obrázek 176: Korigovaný sed

5.6.10 Malý gymnastický míč

Malý gymnastický míč, malý měkký míč, lehký pružný nafukovací mí- ček, overball, s-ball. Pod těmito názvy se skrývá nenáročná balanční pomůcka,

kteřá umožňuje cvičení celého těla - stabilizační cvičení na zpevnění těla a stabilitu kloubů, protahovací cvičení pro korekci těla atd.

Tento míč byl původně vyvinut pro účely dechových cvičení a pro rehabilitaci ruky. Dnes ho však uplatňujeme také v gymnastice, při balančních cvičeních, ke koordinaci, k posilování a protažení. Míč je kolem 30cm velký a jeho nosnost je cca 150kg, proto je velmi skladný, odolný a dle cvičení ho využíváme různě nahuštěný.

5.6.11 Trampolína

Cvičení na mimitampolíně je velmi příznivé, protože je zde mnohonásobně větší facilitace proprioreceptorů daného jedince. Při cvičení lze snadno centrovat tělo a stabilizovat kloubní aparát.

Při skákání na trampolíně můžeme imitovat a variovat celou řadu pohybů (běh, skoky, poskoky atd.) a přitom jsou klouby těla relativně v odlehčení. Můžeme různě trampolínu stlačovat či skákat- při tomto pružení dochází k odporu proti gravitaci, čímž jedinec aktivuje hluboký stabilizační systém páteře a po dopadu dochází k centraci kloubů. To vše probíhá nenásilnou formou- např. děti trampolínu nepovažují za balanční pomůcku, ale vnímají ji jako objekt hry a zábavy, což můžeme v terapeutické intervenci jen uvítat a náležitě využít.



Obrázek 177: Sportovní minitrampolína



Obrázek 178



Obrázek 179



Obrázek 180

Obrázek 178 - Obrázek 180: Vybrané ukázky balančního cvičení na minitrampolíně

5.6.12 Brügger koncept

Pokud zmíníme Brügger koncept, máme na mysli ucelený terapeutický koncept, který vyvinul švýcarský neurolog a psychiatr Dr. Alois Brügger v 60. letech 20. stol. Koncept se týká terapie bolesti pohybového aparátu, kdy pracujeme s informací, že bolest v pohybovém aparátu může být funkčně podmíněna a tato funkční patologie formuje strukturální patologické změny na pohybovém aparátu člověka. V 90. letech Dr. Brügger definoval tzv. nociceptivní somatomotorický blokuující efekt- základní princip pro diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Se jménem Brügger jsou spojovány otázky korektního držení těla a tzv. Brüggerův sed, o kterých se ještě zmíníme. (PAVLŮ, 2003)

Teoretická východiska metodiky

Vycházíme tedy z poznatků, že tzv. nociceptivní neboli bolestivé dráždivé impulzy vedou ke změně pohybu i držení těla daného jedince. Tyto podprahové impulzy bolesti způsobí změny v držení těla a to se stává značně nevhodné. Přetrvává-li toto patologické držení těla, z funkčních poruch vede ke strukturálním změnám na pohybovém aparátu.

Podstatou tohoto konceptu je:

Kvalitní sestavení anamnézy: Zjištění pohybových aktivit a stereotypů jedince v ADL - Activities of Daily Living (všední denní činnosti).

Inspekční vyšetření: Zaměření se na jizvy, otoky, psychické poruchy, dále zhodnocení rušivých faktorů- nevhodný životní styl, pracovní prostředí, nábytek, nevhodné oblečení a obuv, které podprahově dráždí pohybový aparát atd.

Funkční vyšetření: Zhodnocení držení a nastavení těla, následné zhodnocení korekce těla a test pohyblivosti páteře, především úseku v oblasti 5. hrudního segmentu.

Terapie: Odstranění skutečné příčiny funkčních poruch; využití fyzikální terapie- ošetření měkkých tkání horkou rolí- slouží k ovlivnění změn na pohybovém aparátu, kdy repetitivně přikládáme horkou roli, tím vytváříme drobné edémy a ovlivňujeme tak lymfatický systém; korekce vadného stereotypu sedu, poradenství vhodné ergonomie s využitím pomůcek (klínky, overbally, podložky, válce atd.); korekční cvičení s pružnými gumami (therabandy). (PAVLŮ, 2003)

Využití metodiky

Brügger koncept je vhodný pro jedince s jakýmkoli funkčním postižením pohybového aparátu. Hlavní indikační skupinu tedy tvoří funkční onemocnění pohybového systému, neurologické onemocnění (centrální a periferní léze, m. Parkinson atd.), ortopedické diagnózy - především skoliózy a VDT.

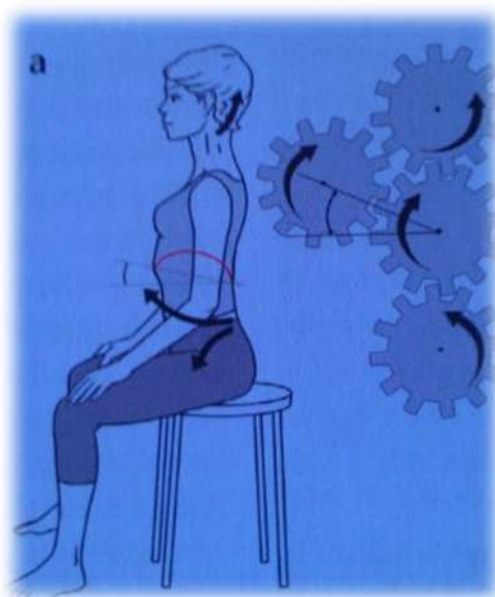
Je třeba zmínit pojem tzv. sternosymfyzální zátěžové držení, kdy se při VDT přibližuje sternum (kost hrudní) a symfýza (spojení kostí stydkých na pánvi), páteř je v držení, kdy vykazuje sníženou bederní lordózu, klopení pánve je vzad, dolní končetiny jsou ve vnitřní rotaci, krční páteř hyperlordotizována, pletence pažní vtočeny do protrakce. Toto držení způsobuje patologické klopení pánve, zvyšuje napětí ve skloubeních žeber a omezuje funkci vnitřních orgánů- při VDT totiž dochází k útlaku a k zúžení velkých tělních dutin.



Obrázek 181: sternosymfyzální zátěžové držení těla při ADL

Korekce tohoto patologického nastavení = **Brüggerův sed** - jedná se o takové držení, kdy páteř funkčně vytváří dva lordotické úseky - thorakolumbální lordózu (od kosti křížové po oblast 5. hrudního segmentu) a cervikokraniální protažení (od 5. hrudního segmentu k oblasti směrem ke krční páteři); kdy dále korigujeme klopení pánve- malým pohybem vpřed kolem sedacích hrbolů; hrudník by měl být napřímený; krční páteř - v inklinálním postavení, pletence pažní - v retropozici; dolní končetiny - ve fyziologickém postavení- mírná abdukce a zevní rotace; bérce- v postavení kolmo k podložce; plosky nohou - opřeny o čtyři opěrné body (báze palce, zevní hrana nártu, zevní část paty, vnitřní část paty). (PAVLŮ, 2003)

Brüggerův sed je často znázorňován jako model ozubených kol, který demonstruje vzájemnou provázanost tří primárních pohybů- klopení pánve vpřed, napřímení hrudníku, protažení šíje se současnými pohybovými impulsy na končetiny. (KOLÁŘ et al., 2009)

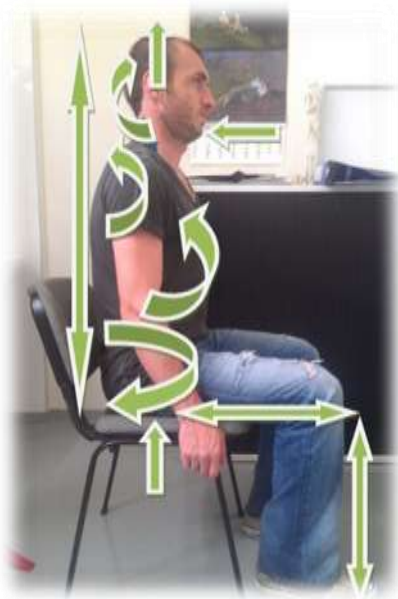


Obrázek 182: Brüggerův sed v porovnání s mechanismem ozubených kol (KOLÁŘ 2009, str. 236)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Jak již bylo zmíněno, Brügger koncept je vhodný pro jedince s jakýmkoli funkčním postižením pohybového aparátu. V dnešní době o funkčních postiženích pohybového aparátu, VDT a vertebrogenních onemocněních můžeme hovořit jako o tzv. „socio-ekonomické pandemii“, vzhledem k četné rozšířenosti v populaci a to již od raného dětského věku a školního věku počínaje. Děti si VDT a s tím změny na pohybovém aparátu fixují již ve školní lavici a všemi rušivými faktory.

Uplatnění tohoto konceptu najdeme ve speciálně pedagogické praxi ve všech „pediích“. Z Brügger konceptu můžeme využít jen část- např. eliminaci rušivých faktorů, korekci stereotypu sedu, cvičení s therabandem či jen do komplexní péče využít ošetření horkou rolí dle Brüggera.



Obrázek 183: Brüggerův sed



Obrázek 184: Pro ADL a práci u PC je vhodné po korekci sedu využít balanční čochku



Obrázek 185: Korekce sedu + využití therabandu - aktivace mezilopatkových svalů a korekce protrakce ramen



Obrázek 186: Korekce sedu + využití therabandu- aktivace mezilopatkových svalů, svalů paží a ramen



Obrázek 187: Využití horké role dle Brüggera: Ošetření spasmů v oblasti pectorálních svalů- pro snazší mobilizaci žebec.



**Obrázek 188: Využití horké role dle Brüggera: Ošetření spasmů v oblasti paraver-
tebrálních svalů.**

5.6.13 *Kenny koncept*

Kenny koncept, metoda sestry Kenny, dermo-neuro- muskulární terapie- pod těmito názvy se skrývá terapeutický koncept, který byl vyvinut sestrou Elizabeth Kenny, která byla irského původu, ale většinu svého pracovního života strávila v Austrálii.

Tato metoda byla původně určena k léčbě poliomyelitis anterior acuta v období epidemie této choroby - 40. léta 20. stol. (PAVLŮ, 2003)

Teoretická východiska metodiky

Metoda sestry Kenny je založena na aplikaci horkých zábalů v akutním a subakutním stadiu nemoci. Touto aplikací dochází ke zmírnění spasmů, které

spouští patologické bolestivé stavy. Reakcí těla po těchto horkých zábalech je uvolnění spasmatických struktur, kdy dochází k uvolnění měkkých tkání- fascie, svaly. V další fázi je prováděna terapeutem svalová stimulace (pasivní cvičení, kdy terapeut rychlým chvějivým pohybem stimuluje šlachy a svaly- zkracování a prodlužování), díky které dochází k nervové aferentaci - tyto impulzy zasobují centrum- vybavení míšních reflexů. V další fázi této metodiky je prováděna reedukace a to svalů, u kterých se snažíme o obnovu koordinace svalové kontrakce a pohybové stereotypie. (HROMÁDKOVÁ et al., 2002)

Využití metodiky

Tato terapeutická metoda byla indikována výhradně u akutních poliomyelitid. V dnešní době metodu využíváme především v terapii periferních paréz a prvky z této metody lze využít u funkčních poruch motoriky a u patologických funkčních stavů pohybového aparátu k uvolnění svalových spasmů- aplikace horkých zábalů, aplikace tepla, manuální protahování měkkých tkání (protahování kůže, fascie, svalu) a následná stimulace (návětr funkčně oslabeného svalu).

System terapeutického konceptu:

- **Aplikace horkých zábalů:** alespoň 2x denně, uvolnění spasmů, snížení svalových kontraktur, zlepšení prokrvení- reakce = snížení bolesti.
- **Pasivní manuální protažení měkkých tkání:** reakce = normalizace fyziologické délky svalstva.
- **Stimulace:** přibližování úponu svalu ve směru kontrakce- rychlé chvějivé pohyby.
- **Indukce:** instruktáž pacientovi, jaký sval pohyb vykonává, kde začíná, kam se upíná a sval ukáže - reakce = kontrakce svalu pacientem.
- **Reedukace:** cvičení pohybu do volní hybnosti- cvičení probíhá do únavy daného svalu. (HROMÁDKOVÁ et al., 2002)



Obrázek 189: Aplikace lokálního tepla- k uvolnění svalových spasmů v oblasti hrudní páteře



Obrázek 190: Aplikace lokálního tepla- k uvolnění svalových spasmů v obl. bederní páteře



Obrázek 191



Obrázek 192

Obrázek 191 a Obrázek 192: Uvolnění měkkých tkání - paravertebrální svaly.



Obrázek 193: Stimulace chvějivými pohyby k uvolnění spasmatických prsních svalů

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Jak již bylo řečeno, terapeutický koncept dle sestry Kenny lze v dnešní době využít v terapii periferních paréz, prvky metodiky u funkčních poruch motoriky a patologických funkčních stavů pohybového aparátu k uvolnění svalových spasmů- pohybujeme se tedy na poli somatopedie.

Metoda sestry Kenny má však nenahraditelné místo v terapeutické intervenci při obrnách lícního nervu - n. facialis, o této problematice pojednávala kapitola 3.10.1 Obrna lícního nervu - n. facialis - viz výše.

Vzhledem k faktu, že obrna lícního nervu vzniká často po infektech a zánětech ucha a v důsledku této obrny je u jedince patrné narušení komunikačních schopností (lícní nerv inervuje celou řadu mimických svalů, díky kterým je řeč a mimika realizována) pohybujeme se z hlediska speciální pedagogiky na poli surdopedie a především logopedie.

Tento analytický terapeutický postup u obrny lícního nervu lze využít v logopedii také u dalších poruch komunikačních schopností- vybrané prvky metody sestry Kenny- pasivní uvolnění mimických svalů obličeje, analytická (sval po sval) masáž obličeje či nahřátí obličeje horkými zábaly před reedukací mluvidel.

V terapeutické intervenci platí zásada, že při svalové síle St. 0-3 cvičíme každý sval analyticky v poloze dle svalového testu dle prof. Jandy. (St. 0- sval nejeví žádné známky pohybu; St. 1- stopa svalového záškubu- pouze 10%; St. 2- velmi slabý sval- 25%; St. 3- slabý sval- 50%; St. 4- dobrý sval- 75%; St.

5- norma- zdravý sval). Od St. 3 se snažíme stimulovat a reedukovat aktivním pohybem.

Obrázky níže zobrazují nejdůležitější mimické a žvýkácí svaly obličeje (na obr. je vyznačen průběh svalu), s kterými je v terapeutické intervenci třeba pracovat. Následný obr. vždy demonstruje stimulaci (zobrazen je vždy směr pro chvějivý pohyb terapeuta). Po této stimulaci by měla následovat reedukace pohybu s dopomocí terapeuta (v konečné fázi záškubu, ve směru svalu a při současné fixaci druhé poloviny obličeje).



Obrázek 194: M. frontalis - zdvihá obočí, skládá čelo ve vrásky, rozšiřuje oční štěrbinu



Obrázek 195: M. frontalis - stimulace



Obrázek 196: *M. orbicularis oculi* - kruhový sval, zavírá oko



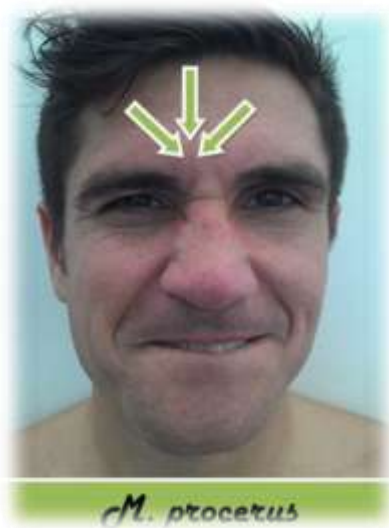
Obrázek 197: *M. orbicularis oculi* - stimulace



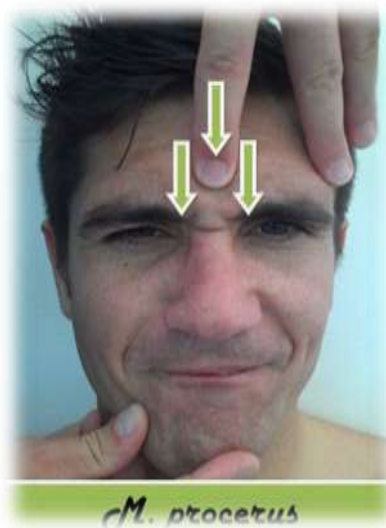
Obrázek 198: *M. corrugator supercillii* - přitahuje oční štěrbinu, způsobuje nadnosem svislé rýhy



Obrázek 199: *M. corrugator supercillii* - stimulace



Obrázek 200: M. procerus - tvoří přímou vrásku mezi obočím, stahuje kůži k nosu



Obrázek 201: M. procerus - stimulace



Obrázek 202: M. nasalis - svírá nosní dírky



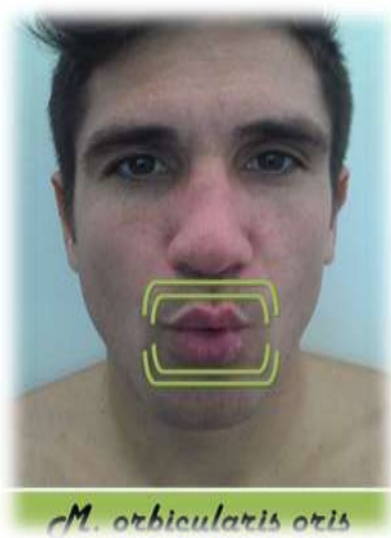
Obrázek 203: M. nasalis - stimulace



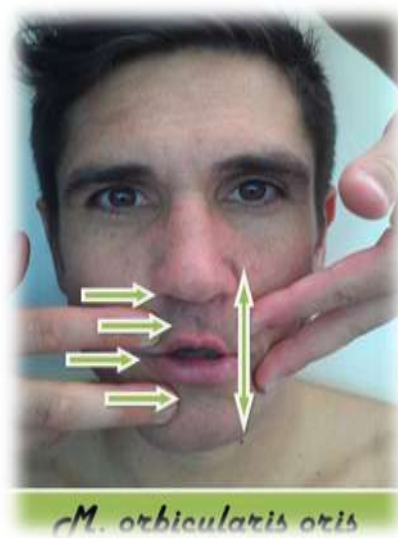
Obrázek 204: M. levator labii alaeque
naší - sval jdoucí podél nosu, zdvihá hor-
ní ret



Obrázek 205: M. levator labii alaeque
naší - stimulace



Obrázek 206: M. orbicularis oris - svírá
ústní štěrbinu, špulí rty



Obrázek 207: M. orbicularis oris - stimu-
lace



Obrázek 208: M. zygomaticus major - táhne laterálně koutek a dělá důlek ve tváři



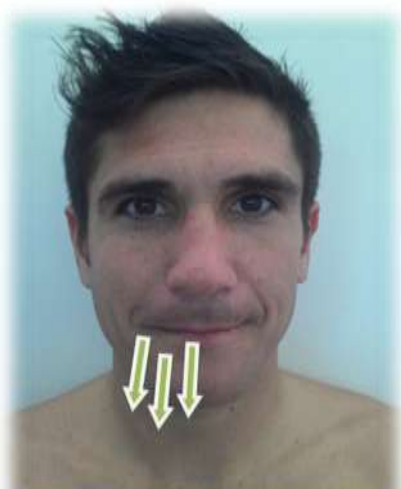
Obrázek 209: M. zygomaticus major - stimulace



Obrázek 210: M. levator anguli oris - vytahuje ústní koutek vzhůru



Obrázek 211: M. levator anguli oris - stimulace



M. depressor labii inferioris

Obrázek 212: M. depressor labii infer. - stahuje ústní koutek dolů



M. depressor labii inferioris

Obrázek 213: M. depressor labii infer. - stimulace



M. mentalis

Obrázek 214: M. mentalis - zdvihá kůži brady



M. mentalis

Obrázek 215: M. mentalis - stimulace



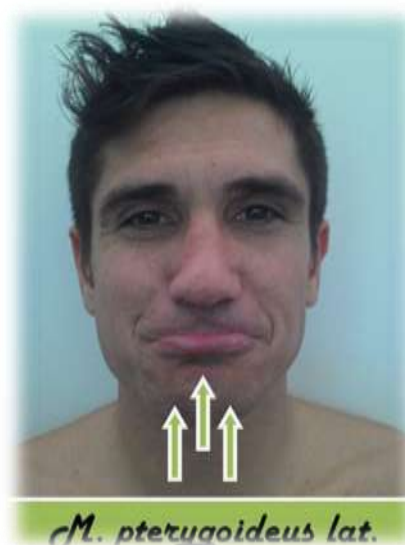
Obrázek 216: M. buccinator - pomáhá stahovat ústní koutek, napíná kůži na bradě a krku



Obrázek 217: M. buccinator - stimulace



Obrázek 218: M. masseter - žvýkáci sval, přitahuje dolní čelist a táhne ji dozadu



Obrázek 219: M. pterygoideus lat. - žvýkáci sval, přitahuje dolní čelist

5.7 Měkké a mobilizační techniky

Měkké a mobilizační techniky a techniky měkkých tkání, dále jen MMT, tvoří základní kámen terapeutické intervence v oboru fyzioterapie. Jako průkopníka této metody považujeme prof. MUDr. Karla Lewita, DrSc., o kterém již byla zmínka v předchozích kapitolách. Na základě jeho experimentů

s manipulační medicínou vznikla tzv. „Manipulační léčba v myoskeletální medicíně“, která byla mnohojazyčně publikována také mimo ČR. Tato publikace rozvinula terapeutickou intervenci v ošetření měkkých tkání a posunula hranice terapie u patologických stavů pohybového aparátu.

Teoretická východiska metodiky

Měkké techniky - mezi měkké tkáně těla patří kůže, podkoží, svaly, svalové pochvy a svalové povázky tzv. fascie. Na základě mnoha patologických jevů dochází k negativním změnám na těchto měkkých tkání (ztuhnutí, zkrácení, ztráta posunlivosti a protažlivosti kůže a podkoží, vznik zatvrdlin a trigger pointů - spoušťové body vyvolávající zvýšené svalové napětí a bolestivé stavy na pohybovém aparátu), ať již vlivem přetížení tkáně, úrazu, nemoci. Abychom tyto patologické fenomény mohli terapeuticky zvrátit, využíváme měkké techniky- protažení kůže a podkoží (kde je přítomna zvýšená bolestivost a citlivost tkáně), ošetření pojivové řasy protažením (kde je třeba ošetřit zatvrdlé jizvy, u zkrácených svalů, u ošetření spoušťových bodů ve svalech) a posunlivost fascií (ve vztahu šlacha-kost, kde je třeba ošetřit úponové bolesti).

Mobilizační techniky: Na zdravém kloubním spojení těla je patrna tzv. „kloubní hra - joint play“, kdy je kloub funkční ve svém rozsahu pohybu bez omezení. Na základě patologických stavů, které jsme zmínili výše (především přetížení, strnulé polohy těla, VDT a u svalové dysbalance) dochází reflexně ke změnám na pohybovém aparátu. Zablokovaný kloub patologicky mění strukturu měkkých tkání kolem kloubu a zřetězuje další patologické stavy. Pro zvrácení tohoto nepříznivého patologického stavu využíváme po ošetření měkkých tkání mobilizační techniky - šetrné řízené repetitivní pohyby prováděné terapeutem, které jsou prováděny na hranici možného rozsahu pohybu, za současné dechové a oční synkinéze, kdy výsledkem je obnova kloubní hry, ošetřená měkká tkáň a „přetržení“ patologického svalového řetězce (ve většině případů-tam, kde diagnostikujeme bolest, není primární příčina problému a bolest je zde zřetězena).

Zmínili jsme zde pojem VDT (o VDT jsme hovořili v kapitole 3.2.6) a svalová dysbalance.

Pokud je tělo vystaveno opakujícím se jednostranným pohybovým vzorcům, vzniká tzv. svalová dysbalance, což v podstatě znamená přetížení organismu a těla jen v určitých stereotypech pohybu. Z těchto pohybových stereotypů vzniká celá řada patologických stavů, které se ve své finální podobě projevují jako akutní bolesti či obtíže, které často přechází do chronického stádia, není-li včasná intervence v podobě individuální kompenzace. Mluvíme tedy v rovině funkční patologie, která lze individuální fyzioterapií zvrátit především pomocí MMT.

Využití metodiky

Metodika MMT je ideální volbou v komplexní terapeutické intervenci také u většiny jedinců, kteří vyžadují speciálně pedagogický přístup. Vysvětlení nacházíme jednoduché- jak již bylo řečeno- „porucha funkce tkáně mění strukturu tkáně a strukturální porucha tkáně mění funkci tkáně“, přičemž patologické jevy na pojivech a pohybovém aparátu nacházíme u většiny populace.

Proto je třeba zmínit, že na první pohled tato zdánlivě „ortodoxní metoda fyzioterapie“, může být ve speciální pedagogice velmi přínosnou.

Je pravdou, že ošetření měkkých tkání těla a následná mobilizace náleží rukám fyzioterapeuta, ale tím, že lze mnoho postupů ošetření tkáně aplikovat autoterapií, např. automobilizací kloubů a páteře, anti gravitační relaxací (AGR) dle L. Zbojana (tyto AGR provádí sám pacient či případně se slovní dopomocí druhé osoby), zvládne po odborné instruktáži terapeutem vybrané části MMT i jedinec, zkušený speciální pedagog, rodič či pečovatel.

Je třeba také zmínit, že v dnešní době stále přibývá studentů speciální pedagogiky, kteří jsou předchozím vzděláním kvalifikováni v medicínském odvětví, tudíž se tento efektivní terapeutický koncept stává ve SPPG praxi dostupnější.

Ideální vzorec aplikace této metodiky z hlediska fyzioterapie: Daného jedince vyšetří odborný terapeut, který využije při diagnostice kineziologický rozbor, testování dle Koláře - viz kapitola o DNS, a také „Svalové funkční testy“ dle prof. Jandy (jedná se o vyšetření funkčnosti svalů + vyšetření zkrácených svalů; každé testování svalu má svou specifickou výchozí polohu a terapeut hodnotí svalovou sílu na stupnici St 0 - St 5 + zhodnotí zkrácené svalstvo

stupnicí 0 - 2). Na základě tohoto screeningu ideálně ošetří měkké tkáně a mobilizuje dané oblasti v patologickém řetězci, které stav jedince výrazně zhoršují. Po terapii provede s jedincem či zástupcem jedince instruktáž AGR partií, které je třeba terapeuticky ovlivnit pro zvrácení patologického stavu. U takto intervenovaného jedince dochází k inhibici patologického stavu a k zastavení progresu, tím pádem i ke komplexnímu ovlivnění zdravotního stavu - nachází-li se tělesná schránka v bilanci, ta psychická jde „ruku v ruce“ s ní.

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

„Měkké tkáně obklopují lidské tělo a tím i pohybovou soustavu. Musí se proto harmonicky a bez odporu pohybovat spolu s pohybovou soustavou, tj. protahovat se nebo se ve všech vrstvách posouvat.“ (KOLÁŘ et al., 2009, str. 246)

Pokud diagnostikujeme patologický stav, jedná se o ztrátu posunlivosti a protažlivosti těchto tkání a o přítomnost svalového spasmu (zvýšené klidové napětí svalu; vzniká nejčastěji v důsledku reflexního mechanismu).

Tyto svalové spasmy a poruchy protažlivosti a posunlivosti či funkční blokáce nacházíme ve SPPG praxi především v somatopedii - u DMO, u vertebrogenních dg., VDT apod. (vzhledem ke změně nastavení těla a patologickému řízení pohybového aparátu); v psychopedii - u Downova syndromu; v psychiatrii- sedativní uvolnění měkkých tkání skalpu, šíje, zad či obličeje má vynikající inhibiční účinky na dané jedince; často u SVPŠD- kdy jedinci vzhledem ke své hyperaktivitě a impulzivitě nedovedou uvolnit svalové napětí; v logopedii - před samotnou terapií je ideální uvolnění žvýkacích a mimických svalů technikami měkkých tkání.

Pokud se podaří obnovit pohyblivost měkkých tkání, dochází zpravidla k následné úpravě funkce pohybové soustavy. (KOLÁŘ et al., 2009)

Mnoho struktur lidského těla je již v ireverzibilním stavu v důsledku morfologických změn, to však neznamená, že nejsme schopni zlepšit funkčnost aparátu v dané oblasti.

5.7.1 Ošetření měkkých tkání - posunlivost, protažlivost

V místě, kde nacházíme zvýšený odpor kůže, kde je kůže prosáklá a ztrácí posunlivost (vyšetříme Kiblerovou řasou - palcem a ukazovákem se posouvá kožní řasa) nacházíme tzv. Hyperalgickou Kožní Zónu (HAZ, která vyvolává palčivou bolest). (LEWIT, 2003)

Protažení kožní řasy: Kolář (2009) uvádí, že abychom ztluštělou kožní řasu uvolnili, protahujeme ji do předpětí či písmene S, kde je nutno vyčkat na fenomén tání. Ideálně je třeba protáhnout a ošetřit fascie u nejčastěji zkrácených částí těla - šíje, bedra, přední a zadní strany stehen.

Obrázky níže dokládají ošetření měkkých tkání.



Obrázek 220: Vyšetření posunlivosti fascie v porovnání s druhou stranou



Obrázek 221: Kiblerova řasa



Obrázek 222: Protažení bederní fascie - kaudálně



Obrázek 223: protažení bederní fascie - kraniálně



Obrázek 224: Uvolnění fascie v obl. Thp - hmat „vějíř“



Obrázek 225: Uvolnění fascie v obl. Thp - tvar písmene S



Obrázek 226: Uvolnění krční fascie - hmat „fena“



Obrázek 227: Uvolnění fascie přední a zadní strany stehna

5.7.2 Postizometrická relaxace a její modifikace - AGR

Postizometrická relaxace (PIR) je neuromuskulární technika, kterou můžeme lokalizovaně uvolnit svalový spasmus (po izometrické kontrakci svalu, který je ve spasmu, dochází k selektivní inhibici svalu jeho reflexním protažením).

PIR v několika krocích: **krok 1:** nejprve dosáhneme předpětí ve směru měkké tkáně, kterou chceme mobilizovat; **krok 2:** pacient klade odpor o minimální síle proti pohybu cílené mobilizace 6-10 vteřin; **krok 3:** nádech - zadržení dechu - výdech; **krok 4:** relaxace s hlubokým prodýcháním kolem 20 vteřin - dochází k fenoménu tání - pain relief, ze získaného postavení opakujeme celý proces - „dobité území neopouštíme“. (KOLÁŘ, 2009)

Lewit (2003) uvádí, že je vhodné kombinovat metodu PIR s tzv. Synginézou, kdy zapojíme k pohybu dýchání a pohyb očí, čímž účinek znásobíme. Metodou PIR je možné ošetřit všechny povrchové svalové skupiny těla.

V našem případě je ideální využít ve SPPG praxi metodu antigravitační relaxace - AGR, která je modifikací metody PIR - místo odporu terapeuta, ve fázi relaxace pacient využívá gravitace hlavy či končetiny a danou terapii zvládá sám, čímž se metoda stává dostupnější pro SPPG praxi.

V kontrakční fázi pacient nese hmotnost ošetřované části těla po dobu 30 vteřin, kdy se řídí proprioceptivním pocitem napětí ve svalu či pocitem bolesti. Po té následuje fáze relaxace - měla by trvat také min. 30 vteřin. (DVOŘÁK, 2007)

Obrázky níže dokládají AGR nejčastěji spasmatických svalových skupin zmíněných jedinců (v této oblasti vždy četná přítomnost TrPs) - protažení jedné svalové skupiny, reflexně zřetězí uvolnění dalších spasmatických svalů (červená - spasmus, zelená - směr AGR).



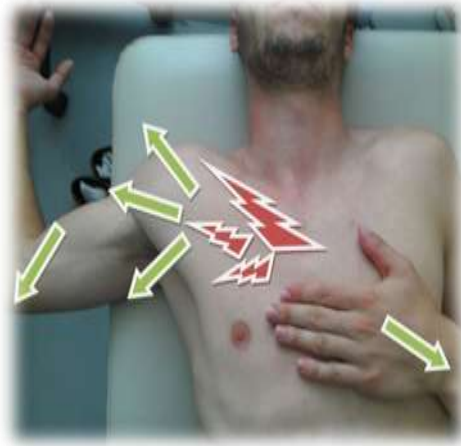
Obrázek 228: Trapézový sval



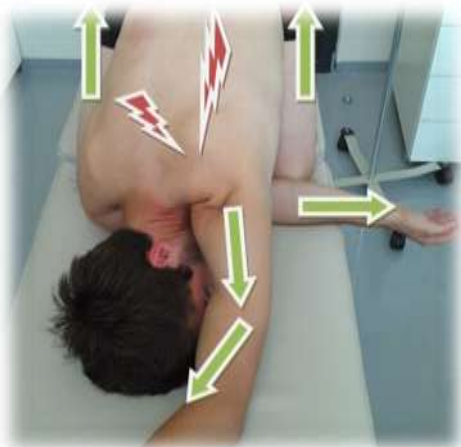
Obrázek 229: Zdvahač lopatky



Obrázek 230: Kývač hlavy



Obrázek 231: Prsní svalstvo



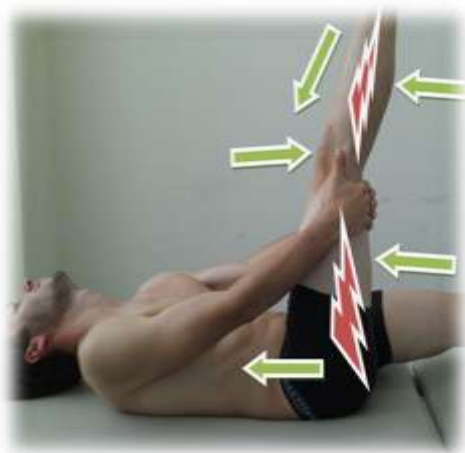
Obrázek 232: Paravertebrální svalstvo - obl. Thp



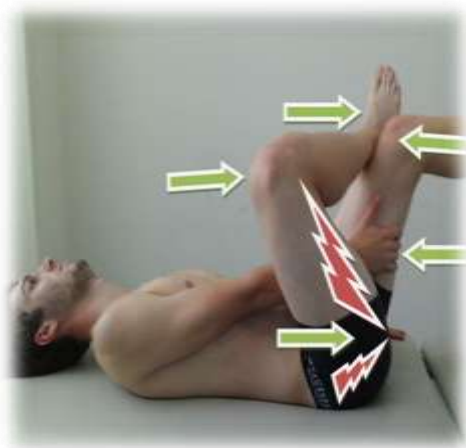
Obrázek 233: Přitahovače vnitřní strany stehna



Obrázek 234: Ohybač kyčelního kloubu- tato poloha současně reflexně uvolní spasmatické svalstvo zadní strany stehna a přitahovače stehna fixované strany těla



Obrázek 235: Svalstvo zadní strany stehna



Obrázek 236: Hýžd'ové svalstvo- tato poloha současně reflexně uvolní přitahovače stehna a svalstvo zadní strany stehna

5.7.3 Mobilizace - automobilizace

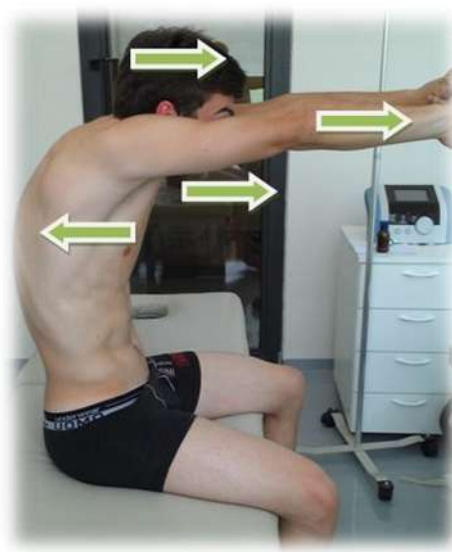
O problematice mobilizací jsme již hovořili výše. Je však nezbytné připomenout „blokace“ na základě kterých jsou provedeny terapeutem mobilizace, bývají spojeny s četnými TrPs (ve většině případů - příčinnou dané blokádou). Ošetříme-li důsledně tyto spoušťové body a po té terapeuticky mobilizujeme (viz výše), dosáhneme velmi účinné terapeutické intervence.

Mobilizace by měl provádět pouze a jedině odborný terapeut či lékař, abychom však tuto účinnou kombinaci mohli využít i ve SPPG praxi bez aktivní terapeutické účasti terapeuta, zmiňujeme zde modifikaci mobilizací - automobilizace, kdy po instruktaži terapeutem, zvládá jedinec danou oblast mobilizovat pomocí specifických pohybů a to za využití dechové synkinézy.

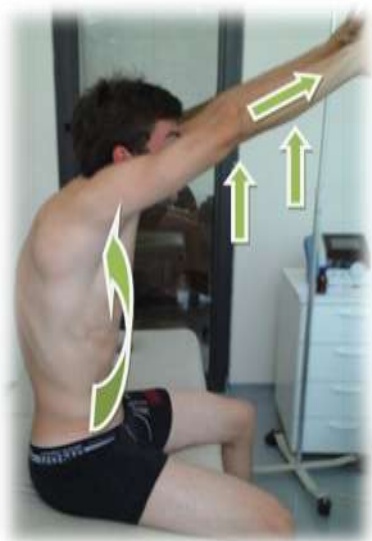
Obrázky níže popisují využití automobilizací. Vždy vycházíme ze základní pozice a po hlubokém nádechu následuje hluboký výdech doprovázený dočasnou hypermobilitou daného pohybu (na konci pohybu možné kontrolované repetitivní pružení).



Obrázek 237: Náděch + korigovaný sed



Obrázek 238: výdech + vyhrbení do Thp, tlak rukou vpřed



Obrázek 239: Nádech + plynulý pohyb paží vzhůru a korekce páteře do rovného sedu



Obrázek 240: Výdech + korigovaný sed a uvolnění paží

Obrázek 237 - Obrázek 240: Mob. Cp a Thp, výsledek- uvolnění Cp+ Thp a pletence ramenních kloubů.



Obrázek 241: Nádech + tlak do hrudní páteře směrem vzad



Obrázek 242: výdech + uvolnění páteře a současná trakce paží směrem dolů a do stran křížem

Obrázek 241 a Obrázek 242: Mob. Cp a Thp.



Obrázek 243: Nádech + výchozí poloha na čtyřech



Obrázek 244: Výdech + rotace trupu a paže do tzv. „torze“ páteře

Obrázek 243 a Obrázek 244: Mob. Thp a Lp.



Obrázek 245: Nádech + výchozí poloha na čtyřech



Obrázek 246: výdech + opora o kolena rotace pánve a ramene ke stejné straně s rotací hlavy

Obrázek 245 a Obrázek 246: Mob. Lp.



Obrázek 247: Mob. Thp a Lp- nádech, po té výdech a trakce rukou směrem vpřed, současná trakce pánve směrem vzad zakončená pružením do oblasti hrudníku před pažě



Obrázek 248: Mob. Lp/Sp- nádech, po té s výdechem tzv. „torze“ páteře- hlava a rameno - opačný pohyb vůči rotaci pánve a DK



Obrázek 249: mob. přechodu Cp/Thp- nádech, po té s výdechem rotace ramen vůči sobě tak, aby byl vždy palec jedné HK nahoru a na druhé HK dolu, současně s výdechem rotuje pomalým plynulým pohybem hlava přes rameno tak, aby sledovala pohyb palce HK směrem dolu

5.7.4 Trakce

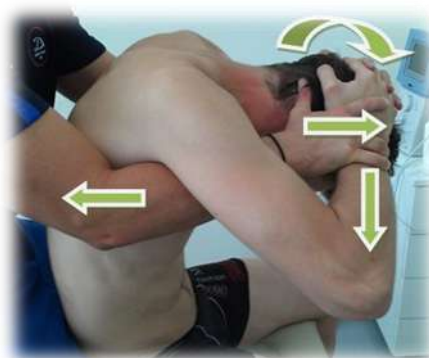
Trakci můžeme považovat za modifikovaný způsob mobilizace s kloubním spojením, protože se jedná o tah v ose směrem od kloubu, který se provádí krátce repetitivně nebo dlouze kontinuálně, kdy současně využíváme dechové synkinézy. Trakci bychom měli provádět tak, že nesmí dojít k reflexní

ochranné reakci ve svalech. Mělo by naopak dojít k úplné relaxaci, díky čemuž nastupuje okamžitá úleva od bolesti v dané oblasti. (KOLÁŘ, 2009)

Obrázky níže popisují trakce, které nejčastěji můžeme využít ve SPPG praxi.



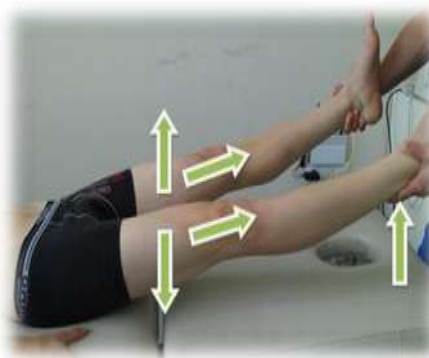
Obrázek 250: Trakce Cp – nádech + fixace ramen a korekce hlavy, výdech + mírná trakce hlavy směrem vzhůru



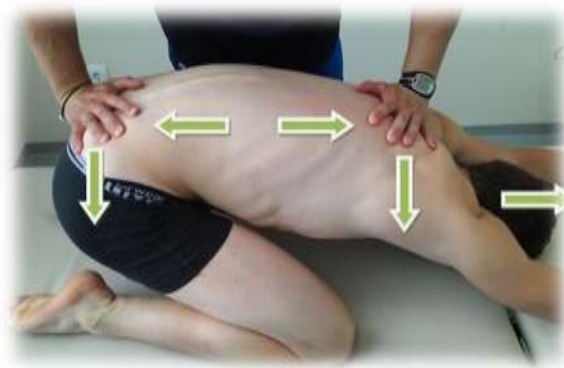
Obrázek 251: trakce Cp a Thp - nádech+ fixace postavení hlavy a hrudníku, výdech + trakce hlavy směrem vpřed a dolu



Obrázek 252: Trakce kyčelního kloubu- nádech, s výdechem trakce do 10° flexe, abdukce a zevní rotace



Obrázek 253: trakce Lp/Sp – nádech + fixace horní poloviny těla, s výdechem trakce DKK



Obrázek 254: Thp/Lp/Sp- nádech, s výdechem tlak do pánve a hrudní páteře se současnou trakcí

5.7.5 Ošetření jizvy

Je třeba zmínit, že velkým význam má v ošetřeních měkkých tkání také ošetření patogenní jizvy (jizva, ve které se nachází patologická bariéra- bývá často příčinnou funkčních bolestivých stavů). (KOLÁŘ, 2009).

Ve SPPG praxi bychom zapomínat na ošetření patogenní jizvy neměli, neboť ve většině „pedií“ speciální pedagogiky je na základě patologických stavů a morfologických změn indikována operační terapeutická intervence (ortopedické korekce viz somatopedie, sekundární patologické stavy atd.)

Obrázky níže popisují ošetření patogenní jizvy po ortopedické korekci laterální instability kotníku u jedince s DMO. Platí pravidlo, že jizva se nesmí nikdy od sebe roztahovat!



Obrázek 255: Ošetření jizvy promačkáním - výdrž 10 vteřin



Obrázek 256: Uvolnění - palce jdou proti sobě (a)



Obrázek 257: Uvolnění - palce jdou proti sobě (b)



Obrázek 258: Ošetření - tvar písmene C



Obrázek 259: Ošetření - tvar písmene S



Obrázek 260: Ošetření – spirála - jedna strana fixována, na druhé směrem k jizvě pohyby do tvaru spirály

5.7.6 *Black Roll koncept*

Ošetření měkkých tkání, kdy využíváme tzv. „Black Roll“ (černý, ultra lehký válec ze slisovaného PVC) můžeme zařadit do oblasti MMT, protože zde neurofyziologicky ošetřujeme svaly, šlachy, kůži a podkoží.

Teoretická východiska metodiky

Autoterapií dochází k ošetření měkkých tkání a podkoží. Jedinec si na Black rollu „roluje“ místa HAZ, přetížené svalové skupiny či ošetřuje rolovním citlivé TrPs, považujeme Black roll concept za ideální myofasciální techniku.

Tato důmyslná a nenákladná rehabilitační pomůcka, kterou pořídíme přes internet z Německa za 700 Kč se stala v roce 2009 rehabilitační pomůckou roku.

Díky tlaku vlastní váhy těla při rolování na Black Rollu dochází k okamžité aktivní regeneraci a k hlubokému ošetření tkáně, protože je zlepšen průtok krve, nastartován lymfatický systém, měkká tkáň na roli zareaguje inhibičně a po terapeutické sérii ihned dochází k fenoménu tání na měkkých tkáních.



Obrázek 261: Black Roll - cca 30cm veliký, hmotnost 140g, 15cm v průměru černý, ultra lehký a odolný válec ze slisovaného PVC, který je patentován v zahraničí

Využití metodiky

Black Roll byl vyvinut především pro vrcholové sportovce, kteří jsou vystavováni extrémně vysoké zátěži měkkých tkání těla. Touto aktivní regenerací těla u elitních sportovců bylo docíleno ošetření hypertonických svalových skupin, TrPs a to v krátkém časovém úseku (senzomotorická stimulace spojená s propiocepcí = okamžitá inhibice těla).

Black Roll koncept lze využít kdekoli a kdykoli. Díky své nenáročnosti na provedení a jeho využití jsme schopni docílit inhibice měkkých tkání- pomalé a táhlé rolování s využitím dechové synkinézy (např. po sportovní náročné činnosti; u stavů, kdy je třeba zvrátit nepříznivý hypertonus tkáně atd.), ale také stimulace měkkých tkání- rychlé a krátké rolování (např. před sportovním výkonem jako „warm up“; facilitace tkáně u svalů, které jsou hypotonické).

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Ve SPPG praxi nacházíme opět velmi široké spektrum využití, protože lze Black Roll koncept aplikovat jako terapeutickou intervenci ve všech SPPG „pedích“ (především somatopedie - DMO, spastické stavy, VDT atd. - inhibice; psychopedie - Downův syndrom; psychiatrie – inhibiční až sedativní účinky na dané jedince; SVPŠD - jedinci vzhledem ke své hyperaktivitě a impulzivitě nedovedou uvolnit svalové napětí. Tím ztrácí také pozornost a soustředěnost; tyflopédie - u jedinců se zrakovým postižením - rolováním tkání těla napomáháme svalovému uvědomění a zlepšujeme orientaci v prostoru, nebojácnost a pocit sebedůvěry.

Obrázky níže dokládají rolování nejčastěji přetížených a spasmatických svalových skupin. Ošetříme-li tyto svalové skupiny, reflexně uvolníme další. Tím dochází k celkové inhibici jedince.



Obrázek 262: Inhibice trojhlavého svalu lýkového



Obrázek 263: Inhibice svalů zadní strany stehna



Obrázek 264: Inhibice čtyřhlavého svalu stehna



Obrázek 265: Inhibice iliotibiálního traktu



Obrázek 266: Inhibice paravertebrálních svalů



Obrázek 267: Inhibice paravertebrálních svalů+ stabilizace trupu

5.7.7 Míčková facilitace

Metoda míčkové facilitace je další neuromuskulární terapeutickou intervencí, kterou zde řadíme na základě vynikajících terapeutických výsledků do oblasti MMT.

Koncept této metody vyvinula česká fyzioterapeutka Zdena Jebavá v 90. letech, kdy se primárně zaměřovala na léčbu dětí s astma bronchiale. Postupně metodu rozpracovala podrobněji a díky vynikajícím terapeutickým výsledkům, využíváme míčkovou facilitaci v terapeutické intervenci u mnoha dalších nemocí a postižení.

Teoretická východiska metodiky

Podstata metody spočívá v rolování tkáně, tzv. „míčkování“ molitanovým míčkem s facilitačními účinky, které působí reflexně na jedince a tím dochází k ovlivnění vnitřních orgánů, k facilitaci imunitního a lymfatického systému, ke svalové inhibici ošetřovaného úseku atd. Tyto molitanové míčky se vyrábí v různých velikostech (průměr od 2cm do 9cm) a jsou dostupné více méně ve všech obchodech se zdravotními potřebami.

Provedení: V terapeutické intervenci je nutné vést míček plynule, pomalu a pod určitým tlakem tak, abychom vytvořili kožní řasu. Využíváme dva pohyby míčku, tzv. „koulení“ - odvalujeme míček dlaní, prsty či zápěstím a tzv. „vytírání“ - míček se drží prsty a sune se tak, aby vytvářel kožní řasu. Tyto pohyby bychom měli cca 3x zopakovat.

Využití metodiky

Jak již bylo řečeno, míčková facilitace byla primárně vyvinuta jako pomocná metoda k léčbě astma bronchiale u dětí, kdy byl prokázán nesporný přímý účinek na kosterní svalstvo jedince. Tato inhibice kompenzuje inspirační- nádechové postavení hrudníku a tím zlepšuje jeho dýchací funkci. Míčkovaním jsme schopni také zvrátit akutní záněty dýchacích cest a eliminovat poslechový nálezní lékaře. Míčkování dutin v oblasti obličeje je také ideální prevencí zánětlivých stavů.

Obrázky níže dokládají využití míčkové facilitace na juvenilních pacientech.



Obrázek 268: Možnosti míčkové facilitace v oblasti obličeje



Obrázek 269: Možnosti míčkové facilitace v oblasti hrudníku a páteře (JEBAVÁ 1993; WWW6)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Ve SPPG praxi lze míčkovou facilitaci tak jak ji známe v dnešní podobě velmi efektivně využít ve všech SPPG „pedií“ - somatopedie – DMO - zlepšení spasticity, VDT - náprava dechového stereotypu, dětské skoliózy - náprava držení těla a zapojení funkce hrudníku, poúrazové stavy - patologické jizvy, otoky a bolestivé okolní tkáně, obrny periferních nervů - n. facialis, poruchy imunity, časté záněty dýchacích cest a alergické stavy, vertebrogenní stavy; psychopedie - Downův syndrom - napomáhá facilitovat dýchací svaly, tím dochází k posílení držení těla a funkce, mentální retardace - posílení imunity a úprava celkového zdravotního stavu atd.; psychiatrie - míčkování obličeje a hrudníku - inhibiční sedativní účinek; logopedie - facilitace mimických svalů do komplexní logopedické péče; tyfopedie - facilitace svalového korzetu a zlepšení orientace v prostoru; SVPŠD - preventivní léčba zánětů dutin, inhibiční účinky, zlepšení pozornosti, reflexní působení na vnitřní orgány - zlepšení zdravotního stavu a posílení imunity, korekce vadného držení těla ve školní lavici atd.

Tím, že po krátkém zacvičení zvládne metodu míčkové facilitace aplikovat i laik, dává metoda možnost rodičům, rodinným příslušníkům, speciál-

ním pedagogům, pečovatelům či asistentům, aktivně se podílet na zlepšení zdravotního stavu jedince, v pro něho bezpečném a známém prostředí.

Obrázky níže demonstrují využití míčkové facilitace v dětské herně během výuky u jedinců s ADHD v předškolním věku se současnými respiračními obtížemi.



Obrázek 270: ADHD - inhibice jedince a korekce VDT



Obrázek 271: Respirační a logopedické obtíže- porucha fluence řeči- uvolnění hrudníku a ovlivnění stereotypu dýchání



Obrázek 272: ADHD s mírnou agresivitou - inhibice jedince

5.7.8 Jóga

Jógu můžeme považovat jako komplexní systém holistických postupů péče o tělesné a duševní zdraví s filozofickým a duchovním zázemím. Zařazujeme ji zde také do podskupiny MMT, protože skrze jógu můžeme velmi efektivně ovlivnit funkci těla a mobilizovat měkké tkáně.

Význam slova nacházíme ze sanskrtského slova „judž“ tj. spojení, sjednocení. Koncepce jógy pramení z tradic hinduismu (indické učení) a za nejstar-

ší prameny tohoto učení považujeme texty Vědy a Upanišády (druhá pol. 2. tisíciletí př. n l. a první třetina 1. tisíciletí př. n. l.). Mezi další důležité prameny patří např. spisy Patandžaliho jménem Jógasútráni (první pol. 1. tisíciletí př. n. l.) a spisy o Kahan józe (jóga pro děti) od autora Jógalinga (objeveny až v roce 1980). (MINAŘÍK, 1991)

Teoretická východiska metodiky

Zatímco východní kultura považuje jógu jako pohled na celek (skládá se z navzájem propojených složek - těla, duše, duchovna a disponuje skrytými schopnostmi v nás) pohled západní prezentuje jógu jako systematické úsilí, kterým dosáhneme stavu plného tělesného a duševního zdraví.

V dnešní době existují rozmanité formy pro cvičení jógy, které jsou založeny na nejrůznějších aspektech např. Karmajóga - jóga činu, osvobozuje člověka; Džňánajóga - jóga moudrosti a poznávání; Hathajóga - jóga těla, tělesná cvičení pro vnější a vnitřní očistu; Bhaktijóga - jóga lásky; Rádžajóga - královská cesta, komplex tělesných a dechových cvičení.

Polášek (1990) uvádí ve své publikaci osm stupňů jógy, které představují určité principy:

- všeobecné etické principy – jama
- pravidla osobního chování – nijama - sebevýchova charakteru
- cvičení jógových poloh – ásan - nejrůznější pohybová cvičení
- cvičení jógových dechových technik – pránajáma - prohlubování a zkvalitňování dechu
- cvičení pro ovládnutí smyslů – pratjáhára
- cvičení pro koncentrace mysli – dhárana
- cvičení meditace – dhyjana
- cvičení pro splynutí s nekonečnem – samádhi

V západní kultuře využíváme z jógy především cvičení jógových ásan a techniky pránajáma.

Využití metodiky

Pokud se na jógu zaměříme z pohledu kineziologie, můžeme ji chápat jako určitý princip, který ovlivňuje svalový systém těla - dochází při cvičení asán k protažení a uvolnění zkrácených svalů (po maximálním napětí svalu následuje maximální uvolnění), k posílení posturálního svalstva (držení těla), k reflexnímu zapojení bránice (navozením prohloubeného dýchání); k prokrvení těla a orgánů (kontrakcemi a relaxacemi). (MAHEŠVARÁNANDA, 1990)

Dnes již s určitostí víme, že pozitivní účinky jógy na lidský organismus jsou nezpochybnitelné. Jóga má pozitivní účinky především psychosomatické-tělesné, dechové a relaxační cviky komplexně harmonizují jedince; účinky dechově funkční - dýchání v józe hraje prim u všech jógových technik a cvičení (hluboké uvolněné dýchání), protože dostatečně zásobíme tkáň a tím zvyšujeme obranyschopnosti těla; účinky kardiovaskulární- mezi nejčastější rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění patří nezdravá strava, stres a nedostatek pohybu - pravidelné cvičení stabilizuje krevní oběh, posiluje cévní soustavu a zkvalitňuje práci srdce; účinky na pohybový systém - systém uvolňujícího, dechového a tělesného cvičení, napomáhá jedinci kompenzovat nepříznivé patologické stavy pohybového aparátu. (MAHEŠVARÁNANDA, 1990)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Předchozí řádky o využití metodiky zdůvodnily, proč je jóga v systému komplexní péče a její využití ve SPPG praxi velmi výhodnou terapeutickou intervencí. Nyní se zaměříme na určitá specifika ve vybraných SPPG „pediích“.

Jóga a somatopedie - o využití jógy a pozitivních vlivech na pohybový aparát jsme již hovořili v předchozích podkapitolách, proto zde nebudeme zmiňovat veškeré somatopedické dg., kde jóga hraje podstatnou roli v komplexu terapeutické intervence (např. revmatologie, ortopedie, chirurgie atd.). Velmi přínosná je jóga u DMO, kdy skrze jógu dovedeme kompenzovat svalový hypertonus (výdrž v jednotlivých pozicích inhibuje svaly a šlachy, eliminuje stres a kompenzuje napětí těla); současně dochází k aktivaci oslabených svalových skupin, tím se tedy jóga u všech typů DMO stává lukrativnější

vzhledem k širokospektrému využití metody. Velmi efektivní se jeví u těchto jedinců protažení se současnou tzv. „torzí“ - rotace páteře - uvolní meziobratlové rozestupy, tím reflexně sníží zatížení meziobratlových plotének a spinálních nervů - reakcí nervové soustavy je uvolnění svalového napětí v celém těle. Snížíme-li svalové napětí - zvýšíme hybnost. Zvýšíme-li hybnost, zlepšíme koordinaci jedince. Koordinace jedince zvýší samostatnost jedince. Takto bychom mohli pokračovat dále. (MAHEŠVARÁNANDA, 1990), (MINAŘÍK, 1991)



Obrázek 273



Obrázek 274



Obrázek 275



Obrázek 276

Obrázek 273 - Obrázek 276 popisují využití poloh jógy s torzí páteře, s výdechem rotace páteře a následné prodýchání v dané poloze.

Obrázky níže dokládají využití polohování do pozic, vycházejících ze cviků jógy - jedinci s DMO.



Obrázek 277: Modifikace polohy zájíc, kdy jedince stabilizujeme současně na balanční ploše



Obrázek 278: modifikace stabilizované polohy - uvolní svalstvo šíje, trupu (hrudníku a paravertebrální svaly), DKK (přítahovače a ohybače stehna a kyčle), zacílí prohloubené dýchání

Jóga a psychopedie: Downův syndrom - cíleným cvičením poloh jógy u těchto jedinců dochází k tonizaci celého těla, tím se stávají flexibilnější a také kompenzujeme zábavnou formou problematiku obezity. Dechová cvičení v různých polohách působí příznivě na centrální nervový systém - tím lze snadněji reedukovat jedince s mentálním postižením (zlepšení koncentrace, rozvoj paměti atd.); Poruchy autistického spektra - pokud je vytvořeno dostatečné pouto mezi jedincem a druhou osobou, která skrze jógu vstupuje do jedincova „vlastního světa“, stává se jóga velmi účinnou terapeutickou intervencí (zlepšení koncentrace, rozvoj paměti, uvědomění si vlastní identity, rozvoj komunikačních a sociálních schopností).

Jóga a psychiatrie: pomocí jógy lze jedince, kteří mají psychosomatické obtíže významně kompenzovat - cvičení revitalizuje organismus, posiluje sebevědomí a tím dodává psychickou sílu a tiší stres, úzkosti, deprese atd. (MAHEŠVARÁNANDA, 1990), (MINAŘÍK, 1991)

Jóga a etopedie: cíleným cvičením jógy lze u jedinců, především dětských a dospívajících, kompenzovat impulzivní a agresivní či násilné chování - cvičení pro sebeuvědomění, relaxaci a dechové cvičení ve fyzicky náročných pozicích; pozitivní výsledky nacházíme po pravidelném cvičení jógy také u

jedinců, kteří trpí závislostmi, především na návykových látkách- kompenzace a únik od negativních duševních stavů, relaxace, sebekázeň a sebeuvědomění. (NEŠPOR, 1998)

Jóga a logopedie: uvědomění si dýchání, práce s dechovým cvičením atd., působí velmi příznivě jako před samotnou logopedickou intervencí, čímž násobíme pozitivní terapeutický účinek.

Jóga a surdopedie, tyflopédie: jógou lze zlepšit orientaci v prostoru a vnímání sebe sama v prostoru, čímž se stává tato metoda významnou např. u dětí a jedinců se zrakovými, sluchovými vadami a kombinovaným postižením.

Jóga a SVPŠD: na základě jógy pránajáma (dechová cvičení) v kombinaci s ásany (tělesné cvičební polohy) nacházíme velmi účinné možnosti v terapii pro jedince s SVPŠD (stimul CNS, rozvoj dýchání, sebeuvědomění, vyrovnanosti, paměti atd.) u dyslexie, dysgrafie atd.

Musíme zdůraznit, že je třeba při využití jógy respektovat určitá specifika, které jsou typická pro dětský věk - snížené soustředění a trpělivost- proto kratší provedení cviků; cviky aplikovat formou hry - např. u předškolních dětí jóga formou pohádky, výcvik představivosti; intonace hlasu a mimika osoby, která s dětmi cvičí jógu - záleží na stavu dětí, pokud je neklidné - inhibovat, pokud emočně ploché - facilitovat, zvolit vhodný jazyk blízký dětem.

ADHD a ADD: u těchto jedinců, kteří pravidelně cvičí jógu, dochází ke zlepšení koncentrace a k celkové rovnováze těla a mysli- kompenzace poruch pozornosti, impulzivity, agresivity atd.

Obrázky níže dokládají využití jógy u ADHD předškolních dětí - skupinově formou hry (vždy nutné dodržet zásady pro práci s dětmi viz výše).



Obrázek 279: Pozice strom



Obrázek 280: Pozice strom + uvolnění



Obrázek 281: Pozice zajíček



Obrázek 282: Pozice pes



Obrázek 283: Pozice zvoneček



Obrázek 284: Jóga sed s následným uvolněním šije a hrudní páteře

Obrázky níže dokládají vybrané ásany z jógy.



Obrázek 285: Pozice BOJOVNÍK - posílení DKK, trupu a svalů paží



Obrázek 286: Pozice LABUŤ - rovnováha, posílení DKK, korekce pánve, protažení svalů kyčlí, protažení zad a hrudníku



Obrázek 287: Pozice KOBRA - posílení ramen, paží, trupu, protažení břišní stěny, ohybačů kyčlí, odstranění únavy, stresu a vzteku, působí proti strachu



Obrázek 288: Pozice MOTÝL - zlepšení pohyblivosti a prokrvení kyčelních kloubů



Obrázek 289: Pozice STROM



**Obrázek 290: Pozice STROM VE VĚT-
RU - posílení správného držení těla, posí-
lení a protažení svalů hrudní páteře, ko-
rekce kulatých zad, uvolňuje orgány v
hrudní a břišní dutině, posílení sebevě-
domí**



Obrázek 291: pozice ZAJÍC (a)



**Obrázek 292: ZAJÍC (b) – relaxace - po-
sílení a uvolnění šíje, ramena zádoových
ss., podpora správného držení těla, pod-
pora trávení, zlepšení koncentrace**



Obrázek 293: Pozice SVÍČKA (a)



Obrázek 294: Pozice SVÍČKA (b) - zpevnění těla, posílení zad, trupu, břišní stěny, DKK



Obrázek 295: Pozice MOST (a)



Obrázek 296: Pozice MOST (b) - stabilizace páteře, posílení paží, ramen, trupu, zad a DKK, získání sebedůvěry a orientace v prostoru



Obrázek 297: Pozice KOČKA (a)



Obrázek 298: Pozice KOČKA (b) - zlepšení pohyblivosti páteře, prohloubení hrudního a břišního dýchání, posílení bránice, odlehčení pánevním orgánům



Obrázek 299: Pozice HORA - protažení zadních stran stehien, lýtek, svalstva zad, stabilizace trupu, posílení paží, zlepšení koordinace



Obrázek 300: Pozice TYGR - zpevnění křížokyčelního skloubení, korekce pánve, upravujeme polohu, posílení natahovače kyčlí, zvýšení pohyblivosti páteře, prohlubování dýchání do břicha, hrudníku i zad, podpora trávení, zlepšení činnosti ledvin a pánevních orgánů



Obrázek 301: Pozice TYGR – modifikace - zlepšení stabilizace páteře



Obrázek 302: Pozice TYGR – modifikace – stabilizace + torze páteře

5.8 Dechová gymnastika

Dechová gymnastika (dále jen DG), významná složka respirační fyzioterapie bezpochyby patří mezi stěžejní techniky fyzioterapie. A to nejen proto, že v dnešní době procento jedinců, kteří trpí chronickými plicními obtížemi (vrozenými či získanými) stále vzrůstá, ale také proto, že chybné stereotypy dýchání a tyto chronické obtíže, ovlivňují správné držení těla a funkci vnitřních orgánů, což má negativní dopad na celkový zdravotní stav jedince.

Teoretická východiska metodiky

Hromádková et al. (2002) popisuje respirační fyzioterapii za nový léčebný systém dechové rehabilitace, kdy má dýchání léčebný význam svým specifickým provedením a uvádí také, že dominantní postavení dýchání je posíleno prací s dechem jako převážně funkcí pohybovou, vycházející z přesných zákonitostí neurofyziologických aspektů dechových posturálních a motorických vzorů.

„Dechová gymnastika tvoří s ostatními speciálními technikami obsah respirační fyzioterapie. Její předností je shodně s respirační fyzioterapií podřízenost poloh a pohybů dechovému procesu. I v dnešní době se běžně používá pro dechovou gymnastiku synonymum dechová cvičení. Podle kineziologických a fyziologických poznatků diagnostiky a z nich odvozených léčebných požadavků, však název dechová gymnastika lépe vystihuje podstatu problému. Všechny formy dechové gymnastiky směřují k prevenci sekundárních změn pohybového aparátu respiračně chronicky nemocných. Logickým vyústěním je i samotný terapeutický vliv dechové gymnastiky uvnitř dechové soustavy.“ (HROMÁDKOVÁ et al., 2002, str. 363)

Využití metodiky

Kolář (2009) uvádí, že mezi základní principy respirační fyzioterapie patří korekční fyzioterapie- posturálního systému; respirační fyzioterapie- korekce reedukace motorických vzorů dýchání a relaxační průprava, z čehož vyplývají metodické postupy- dechová symptomatologie, techniky hygieny dýchacích cest, dechový trénink a dechové trenažery a dechová gymnastika.

V této práci se zaměříme pouze na DG a její modifikace, protože odborná respirační fyzioterapie (dechová symptomatologie, hygiena dýchacích cest, dechové trenažery, manuální drenáž) a její aplikace, náleží pouze rukám odborného lékaře a fyzioterapeuta a její realizace speciálním pedagogem je značně svízelná.

DG jsme schopni ovlivnit několik důležitých aspektů- usnadňujeme vyprazdňování plic; čistíme krevní oběh těla od oxidu uhličitého; zpomalujeme a

prohlubujeme dechovou frekvenci; navozujeme pocit uvolnění a zvyšujeme přísun kyslíku pro funkci těla.

Cílenou a individuální DG jsme schopni ovlivnit nastavení těla, tvar hrudníku a postavení páteře, protože koncová fáze nádechu podporuje vzpřímené držení těla (proto posilování svalů s nádechem) a výdechová fáze má účinky uvolňující (proto protahování svalů s výdechem). (HROMÁDKOVÁ et al., 2002)

Běžný stereotyp dýchání- v klidové fázi zdravý jedinec vyvine frekvenci 14 nádechů/ min. Vzorec dýchání- po nádechu (bývá rychlý)- krátké zadržení dechu, které aktivuje činnost organismu; po výdechu (bývá až 5x pomalejší než nádech), následné krátké zadržení dechu, které naopak organismus relaxuje. Jedná se tedy o proces neustálého střídání napětí těla a následného uvolnění. (KOLÁŘ et al., 2009)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Ve SPPG praxi je využití DG velmi dostupné, efektivní a multidisciplinární- lze ji využít ve všech SPPG „pediích“.

Somatopedie: korekce VDT, stavy po chirurgických či ortopedických operacích, revitalizace těla atd.;

Psychopedie: Downův syndrom- posílení svalstva trupu a těla; uvolnění a relaxace ve specifických polohách- psychiatrické dg.

Logopedie: nácvik stereotypu dýchání, uvolnění či aktivace bránice, hrudníku- ideální příprava před logopedickou intervencí.

Surdopedie a tyflopedie: prohloubené dýchání revitalizuje tělo a dostatečně zásobí organismus kyslíkem, čímž prokrvujeme orgány, čistíme krevní oběh- pozitivní vlivy na zrakové a sluchové postižení.

SVPŠD: korekce VDT, korektní dechový stereotyp- odbourání nervozity, stresu, strachu, zlepšujeme koncentraci organismu atd., ADHD- inhibice organismu a jedince skrze dechové a relaxační cvičení, ADD- facilitace jedince- dynamická DG, lokalizované dýchání formou hry atd.

Vybrané metody DG v praxi:

5.8.1 *Statická DG*

Navozujeme korektní dechový stereotyp bez pohybu těla v určitých statických polohách.

Obrázky níže popisují vybrané polohy statické DG.



Obrázek 303: Vzpřímený sed



Obrázek 304:
Vzpřímený sed + ruce na bříše



Obrázek 305: Leh na zádech, DKK v elevaci



Obrázek 306: Leh na zádech, DKK v elevaci + ruce na bříše

5.8.2 *Dynamická DG*

Navozujeme korektní dechový stereotyp dýchání s pohyby těla a rukou.

Obrázky níže popisují vybrané polohy dynamické DG.



Obrázek 307: Leh na zádech - VP



Obrázek 308: Přitažení kolenních kloubů a hlavy - výdech



Obrázek 309: Vzpřímený sed – VP - výdech



Obrázek 310: Vzpažení HKK - nádech



**Obrázek 311: Vzpřímený sed + HKK
v týl - nádech**



Obrázek 312: Sed s flexí trupu - výdech

5.8.3 *Relaxační a úlevové polohy DG*

Navozujeme zklidnění jedince, prohlubujeme dýchání. Dochází ke svalovému a kloubnímu uvolnění - pozitivní vliv na psychiku člověka.

Obrázky níže dokládají vybrané úlevové polohy DG.



**Obrázek 313: „Klubíčko“ - výhodná po-
zice pro celkovou relaxaci**



**Obrázek 314: Stabilizovaná poloha - cel-
kové prodýchání**



Obrázek 315: Volný sed s oporou o židli

5.8.4 Lokalizované dýchání

Rozhodujícím faktorem pro kvalitu dýchání je poloha těla, proto je nutné mít na paměti fakt, že poloha těla má zásadní vliv na dýchání a naopak dýchání má zásadní vliv na polohu těla.

- **Horní dýchání (podklíčkové):** lokalizujeme horní část plic, kdy se současně zvedají klíční kosti a horní žebra.
- **Střední dýchání (hrudní):** lokalizujeme v oblasti hrudi, při nádechu se roztahují žebra do stran a hrudník se zvedá směrem nahoru.
- **Dolní dýchání (brániční):** lokalizujeme v oblasti břicha - bránice, při nádechu by mělo pracovat břicho směrem vpřed a do stran.

„Dýchání je považováno za hlavní funkci bránice. Odhaduje se, že na pohybu bránice závisí 75% změny nitrohruďního prostoru při klidném dýchání a činnost samotné bránice je dostatečná k ventilaci 2/3 vitální kapacity plic. Hlavní podíl bránice na dýchání je důvodem, proč je bránice považována po srdci za nejdůležitější sval.“ (KOLÁŘ et al., 2009, str. 255)

Obrázky níže popisují polohy lokalizovaného dýchání.



Obrázek 316:
Podklíčkové dýchání



Obrázek 317:
Hrudní dýchání



Obrázek 318:
Brániční dýchání



Obrázek 319: Ukázka lokalizované dýchání s využitím therabandu
(KOLÁŘ 2009, str. 237)

5.8.5 Autogenní drenáž

Jedná se o nácvik vědomého nádechu a výdechu, který je v jednotlivých fázích doprovázen dechovým stereotypem - podpora eliminace zahlenění z dýchacích cest.

Postup:

- poloha vsedě či vleže
- pomalý, plynulý nádech nosem - na konci nádechu pauza 3 vteřiny
- pomalý, plynulý výdech s pootevřenými ústy - na konci výdechu pauza 4 vteřiny

- zakončení dechového stereotypu tzv. „Huffingem“ - jedná se o rychlý a přerušovaný výdech při otevřených ústech

Autogenní drenáž – modifikace: nácvik nádechu a výdechu kombinovaný s vibracemi a současným pružením do hrudníku při výdechu. Napomáhá odstranění sekretu z dýchacích cest a zvyšuje pružnost hrudníku.

5.8.6 Alternativní DG

Dýchání a mudry rukou: Jedná se o dýchání v pohodlném tureckém sedu, kdy různě tvarujeme konečky prstů rukou a současně polohujeme do VP. Touto aktivací dochází k ovlivnění různě lokalizovaných sektorů plic (v konečcích prstů rukou máme kolem 4 000 nervových zakončení, která jsou spojena s orgány těla, proto můžeme různě ovlivňovat tělo - uvolnění, harmonizace, povzbuzení). Toto dýchání se stává účinným pravidelným každodenním tréninkem.

- **Mudra 1 - brániční dýchání:** Spojení palce a ukazováku tak, aby vzniknul kroužek, ostatní prsty propnuté a roztáhlé, dlaně směřují dolů, poloha - horní část stehna pod tříselem + mírný tlak a přirozené dýchání.
- **Mudra 2 - hrudní dýchání:** Spojení palce a ukazováku tak, aby vzniknul kroužek, ostatní prsty uzavřené do pěsti, poloha stejná viz Mudra 1.
- **Mudra 3 - podklíčkové dýchání:** Sevření a uzavření palců do dlaní všemi prsty, poloha stejná viz Mudra 1.
- **Mudra 4 - celkové dýchání v uvolněném procesu:** roztažené prsty, poloha stejná viz Mudra 1.



Obrázek 320: Mudra 1



Obrázek 321: Mudra 2



Obrázek 322: Mudra 3



Obrázek 323: Mudra 4

5.9 Autogenní trénink a relaxace

Z pohledu psychologického rozumíme pojmu relaxace jako stavu, kdy dochází k psychickému a fyzickému uvolnění člověka. Z fyziologického hlediska pojem relaxace chápeme jako stav, kdy dochází k uvolnění svalových vláken, což má následně reflexní vliv na další složky lidského těla- uvolněním svalového napětí a korektním rytmem dýchání docílíme uvolnění psychického. (JAVŮREK, 1999)

Docílíme-li tohoto stavu uvolnění „relaxace“ a to po stránce tělesné i psychické, můžeme objektivně na daném jedinci pozorovat velmi příznivé specifické změny - především snížení svalového napětí; prokrvení svalstva; koordinace dechového stereotypu; korekce tepové frekvence a krevního tlaku; metabolické změny - snížení sekrece některých hormonů štítné žlázy a nadledvin; zvyšuje se galvanický odpor kožní tkáň; dochází ke změnám elektrické aktivity mozku a zvyšuje se produkce některých neurotransmiterů, především hormonu serotonin (pozitivně ovlivňuje náladu, navozuje pocity blaha a spokojenosti). (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003)

Je známa celá řada odborně popsanych a efektivních způsobů relaxace. V této práci se především zaměříme a zmíníme Schultzův autogenní trénink, Jacobsonovu progresivní relaxaci, relaxaci za využití biologické vazby, relaxaci za pomoci hudby a jógovou relaxaci.

O relaxaci jógové byla již řeč v předchozích kapitolách; máme na mysli především cvičení ásan jógy s uvědomováním si dechu viz DG.

Relaxaci za využití biologické zpětné vazby, tzv. „biofeedback“. Rozumíme vědomé ovládání fyziologických procesů, které se dá objektivně sle-

dovat a zobrazit (přístroje, které informují o změně svalového napětí, kožní galvanické vodivosti, tepové frekvenci, o změně elektrických vln mozku). Tím dochází ke zpětné vazbě tělesných změn a funkcí, které by si jinak jedinec nedokázal uvědomit.

Relaxace pomocí hudby: Na základě vybrané hudby dochází ke zklidnění organismu- především ve stresových situacích. Pozorujeme také obnovu vitality organismu a na základě hudby jsme schopni znásobit relaxační účinek vybraných metod (oproti mluvenému slovu- hudba se nesetkává s intelektuálním odporem, tím se jedinec snáze a rychleji uvolní). (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003)

Drotárová et Drotárová (2003) také uvádí, že hudba je pro naši psychiku tím účinnější, čím více se rytmem přibližuje některému z přirozených rytmů těla - dýchání, některé z vln měřitelných EEG, tep apod.

5.9.1 *Schultzův autogenní trénink*

Schultzův autogenní trénink dále jen AT, můžeme považovat za jednu z neznámějších a nejrozšířenějších relaxačních metod vůbec.

Tuto metodu AT popsal a rozšířil německý neurolog a psychiatr Johannes Heinrich Schultz (1884-1970).

AT je principiálně založen na dvou prvcích: na relaxaci, navození duševního klidu a harmonizaci činnosti vnitřních orgánů a koncentraci, soustředění na konkrétní představu - ovlivnění organismu. (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003)

Teoretická východiska metodiky

AT je tedy metoda, kterou lze autosugestivně ovlivnit vegetativní funkce organismu. Schultz vycházel především z poznatků o hypnóze a sugesci- autohypnóza a autosugesce. Principem AT je vyvolat stav úplného uvolnění a klidu, to za využití koncentrace a relaxace (pomocí určitého sledu představ a slovních pokynů). Takto vyvolaný stav je velmi podobný hypnóze či spánku.

Fakta o AT: Doba nácviku by měla ideálně činit kolem šesti měsíců, kdy je poté jedinec maximálně koncentrovaný na 100% efektivní provedení. Na stupni inteligence u AT nezáleží, na stupni sugescie ano. U AT je měřitelná

zpětná vazba - EEG a teplota těla. Kontraindikací AT jsou stavy hlubokých depresí a orgánová poškození. (SCHULTZ, 1969)

Využití metodiky

Metoda AT má opravdu velmi široké spektrum využití. Primárně AT slouží k tzv. „psychohygieně“ a k psychoterapeutickým účelům (terapie i prevence - „psychoprofylaxe“).

Aplikací AT pozitivně ovlivňujeme a posilujeme tělesné i duševní zdraví, zlepšujeme kreativitu jedince, výbavnost paměti, redukuje psychickou nepohodu a ovlivňujeme autonomní funkce organismu. (SCHULTZ, 1969)

Základní složky AT, které postupně trénujeme a navozujeme:

- **nácvik tíže:** dochází následně k uvolnění svalstva
- **nácvik tepla:** dochází postupně k uvolnění cév
- **regulace srdce:** nastává postupně stabilizace pravidelného tepu srdce
- **úprava dechu:** dochází k navození klidného a hlubokého dechového stereotypu
- **uvolnění břišních orgánů:** navozením pocitu tepla v oblasti břišní dutiny
- **cviky hlavy:** navozením pocitu chladného čela

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Ve SPPG praxi je využití AT velmi dostupné, efektivní a opět multidisciplinární- lze využít ve všech SPPG „pediích“.

Drotárová et Drotárová (2003) uvádí, že mezi hlavní účinky patří především:

- intenzivní regenerace organismu
- aktivní uvolnění, regulace a optimalizace spánku
- zvýšení schopnosti soustředění s následným zkvalitňováním výkonu v různých oblastech lidského života (práce, studium, sport, sex atd.)
- prevence a léčba různých funkčních poruch
- odstraňování či zmírnění bolesti
- celkové zklidnění, harmonizace psychiky a tělesných funkcí

- k realizaci cílevědomých pokusů o sebezdokonalení a odstraňování zlozvyků

Uvádí také, že na rozdíl od jiných relaxačních metod AT umožňuje cílenou přípravu na konkrétní stresové situace, s kterými se setkáváme v každodenním životě.“ (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003)

Z toho plyne následující využití:

Somatopedie: revitalizace a regenerace těla a organismu, prevence a léčba různých funkčních poruch, odstraňování či zmírnění bolestivých stavů.

Psychopedie: uvolnění a relaxace ve specifických polohách; psychiatrické dg.: pomoc při seberealizaci, sebezdokonalení a odstraňování zlozvyků-závislosti.

Logopedie: uvolnění a relaxace před logopedickou intervencí; odstranění strachu z komunikace; zlepšení psychického stavu jedince, který může výrazně narušovat komunikační schopnosti.

Surdopedie a tyflopédie: čistíme krevní oběh - pozitivní vlivy na zrakové a sluchové postižení; redukce nepříznivých psychických stavů jedince spojených se sluchovými a zrakovými vadami.

SVPŠD: odbourání nervozity, stresu, strachu, zlepšujeme koncentraci a soustředěnost jedince; zlepšujeme kreativitu atd.

Praktické provedení:

Ideální je AT realizovat skrze audio reprodukci. Ukázka nácvi-ku- zaujměte pohodlnou pozici těla (pohodlný uvolněný leh na zádech či sed), zavřete oči a koncentrujte se na části těla, které budeme pokyny uvolňovat (navozování pocitu tepla a tíhy; před tímto navozováním ideálně několikrát zhluboka nadechnout a vydechnout).

Zaměřte svou koncentraci především na jednotlivé části těla, kterým budeme dávat pokyny a postupně se je budeme učit cíleně, autosugestivně uvolňovat. V začátcích vede AT klidným a vyrovnaným hlasem velmi pomalu a energicky terapeut. Jednotlivé pokyny by se měli opakovat cca 6x (individuálně dle situace):

Pravá paže je těžká a teplá; levá paže je těžká a teplá; svaly v oblasti břicha jsou uvolněné a teplé; pravá noha je těžká a teplá, levá noha je těžká a teplá; vnitřně se cítíte klidně a vnímáte pocity tepla; dýchání je pravidelné a příjemně klidné; srdce tepe klidně a pravidelně; čelo je klidné a chladné; cítíte se klidně, uvolněně a vyrovnaně.

Po nácviku je ideální přenést se v představě na místo, které je pro daného jedince „oázou klidu a relaxace“. Důležité je užívat si příjemných pocitů z představovaného místa a užívat si pocity klidu a uvolnění během cvičení.

Před ukončením cvičení je nutné dát pokyn typu: „než otevřete oči a vrátíte se zpět do reality, budete cítit pocit duševního osvěžení, probudíte se plný pozitivní energie a kreativních myšlenek“; dýchejte pomalu a zhluboka; pomalu začněte vnímat všechny vaše končetiny na těle; postupně a pomalu se začněte protahovat a otevřete oči; začněte se usmívat a užívat si pocity vnitřní rovnováhy a klidu. (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003), (SCHULTZ, 1969), (MÍČEK, 1980)

5.9.2 *Jacobsonova progresivní relaxace*

Jacobsonova progresivní relaxace (JPR) je relaxační metoda založena na analytickém a systematickém uvolnění (kosterní svalstvo), které je realizováno na základě rozvoje schopnosti uvědomění si drobných rozdílů v napětí svalstva.

Autorem této metody je americký psycholog Edmund Jacobson (1888-1983), který působil v USA. Vycházel především z výzkumů, kdy využíval EMG, pomocí něhož měřil napětí kosterního svalstva. (MÍČEK, 1980)

Teoretická východiska metodiky

JPR je založena na principu propojení mezi myšlenkami (uvědomění) a pohybem svalstva - záměrné přemýšlení změnilo svalové napětí svalstva a vyvolalo svalovou reakci.

Z těchto podkladů lze tedy vyvozovat, že chceme-li uvolnit tělo i mysl je třeba primárně uvolnit kosterní svalstvo.

Drotárová et Drotárová (2003) popisuje, že psychické narušení automaticky vyvolává napětí kosterního svalstva a naopak napětí svalů a šlach proprioceptivně zvyšuje emoční napětí. Časté a nadměrné napětí kosterního svalstva působí velmi negativně na CNS a zvyšuje aktivitu autonomních, kardiiovaskulárních, endokrinních a jiných systémů - znamená to tedy, že přetrvávající svalové napětí vyvolá řadu patologických změn.

Uvádí také, že skrze JPR se lze naučit identifikovat pocit napětí a následný nácvik relaxace učí tyto místa uvolnit. Dodává také, že v JPR se člověk učí kontrolovat celé kosterní svalstvo tak, aby každá svalová skupina mohla být libovolně systematicky uvolněná nebo napjatá. (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003)

Využití metodiky

JPR využíváme primárně k odstranění svalové přepětí, kdy na základě tohoto uvolnění proprioceptivně dochází k uvolnění těla- tím je dosaženo stavu psychického uvolnění.

Fakta o JPR: Doba nácviku by měla ideálně činit kolem měsíce až roku, kdy je po té jedinec maximálně koncentrovaný na 100% efektivní provedení. Na stupni inteligence u JPR záleží, na stupni sugescie však ne. U JPR využíváme svalové napětí. U JPR je měřitelná zpětná vazba- EMG. Kontraindikace nejsou známy.

Porovnáváme-li JPR s AT dle Schultze hlavní rozdíly pozorujeme především v tom, že u JPR je směrodatným faktorem svalové napětí a u AT navozujeme pocit uvolnění autosugescí. V reálu je JPR sice méně obtížná na zvládnutí a provedení, ale klinické výsledky jsou u obou metod velmi podobné. (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003)

Základní složky JPR, které postupně trénujeme a navozujeme:

- uvolnění rukou a paží
- uvolnění obličeje
- uvolnění šíje, ramen a horní části zad
- uvolnění hrudi, břicha a zad
- uvolnění beder, stehen a lýtek
- uvolnění celého těla

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Ve SPPG praxi je využití JPR velmi dostupné, efektivní a opět multidisciplinární - lze využít ve všech SPPG „pediích“. Podrobné využití v jednotlivých „pediích“ stejné jako u AT - viz předchozí podkapitola.

Praktické provedení:

Cvičení JPR bychom měli provádět v tichém prostředí bez rušivých elementů. Ideální poloha pro cvičení - v leže na zádech či v pohodlném uvolněném sedu. Sled cviků by měl být analytický a kontinuální. Cviky lze provádět samostatně nebo společně jeden po druhém. Doba cvičení by se měla pohybovat kolem půl hodiny denně. Před samotným provedením cvičení by měla proběhnout „předpříprava“ - zavřené oči, pomalý a hluboký nádech nosem, krátká výdrž v plicích, po té hluboký výdech ústy (navození relaxace). Samotné cviky by měla, tak jako u AT, diktovat druhá osoba klidným, vyrovnaným a energickým hlasem.

Ideální rytmus kadence cviků je 5 vteřin napětí svalu a po té 10- 15 vteřin svalové uvolnění.

Pokyny: Zatněte pravou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí - poté uvolněte; zatněte levou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí - poté uvolněte; ohněte pravý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné - poté uvolněte; ohněte levý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné - poté uvolněte; natáhněte pravou paži a zatněte triceps, poté uvolněte; natáhněte levou paži a zatněte triceps - poté uvolněte; nakrčte čelo a zvedněte obočí - poté uvolněte; napněte svaly kolem očí - poté uvolněte; napněte čelisti - sevřete zuby - poté uvolněte; zatlačte jazyk proti patru, rty jsou zavřené, vnímejte napětí v hrdle - poté uvolněte; sevřete pevně rty - po té uvolněte; zakloňte hlavu - poté uvolněte; zatlačte hlavu proti hrudi - poté uvolněte; zvedněte ramena k uším - poté uvolněte; dýchejte klidně a pravidelně v oblasti břicha - poté uvolnění; zhluboka se nadechněte, zadržte dech, výdrž - poté vydechněte; napněte svaly břicha - poté uvolněte; zvedněte hýždě nad židli - poté uvolněte; napněte hýždě a lýtka - tlak nohama do podlahy - po té uvolněte; napněte chodidla + tlak do podložky, prsty nohou tlačte vzhůru - poté uvolněte; klidně a pravidelně prodýchejte oblast břicha. (DROTÁROVÁ et DROTÁROVÁ, 2003), (MÍČEK, 1980)

5.10 Akupresura

Akupresura „přírodní léčba tlakem prstu“ - je metoda čínské medicíny, kterou lidstvo zná více než 4,5 tisíce let. Tato metoda byla vyvinuta na základě širokého spektra praktických zkušeností mnoha generací čínských léčitelů.

Jedná se tedy o tisíce let starou léčebnou metodu čínské medicíny (reflexologie či reflexoterapie), kterou odstraňujeme potíže pomocí stimulace určitých bodů na těle. (KOTAKA, 2011)

Teoretická východiska metodiky

Západní medicína se v dnešním pojetí zaměřuje především na rychlé odstranění symptomů u jednotlivých patologií - tzv. „symptomatologická léčba“. Medicína východní se zabývá nemocí, především jako nemocí celku, a proto se snaží léčit celek - tzv. „celostní medicína“, kdy dává do souvislostí s objektivními symptomy stav tělesný, duševní a stav mysli. V praxi to znamená, že čínská celostní medicína na základě znalostí forem energie a harmonie těla a mysli, usiluje o obnovení harmonizace jedince (nastane-li patologie - způsobí to reflexně disharmonii jedince, což spustí i další zdravotní komplikace - zdravotní komplikace, ztráta životní harmonie; zaměří-li se medicína na celek a ne jen na symptomy, dojde k harmonizaci životní energie, a tím dochází k navrácení zdraví). (CHE SIAO- CHENG, 2008)

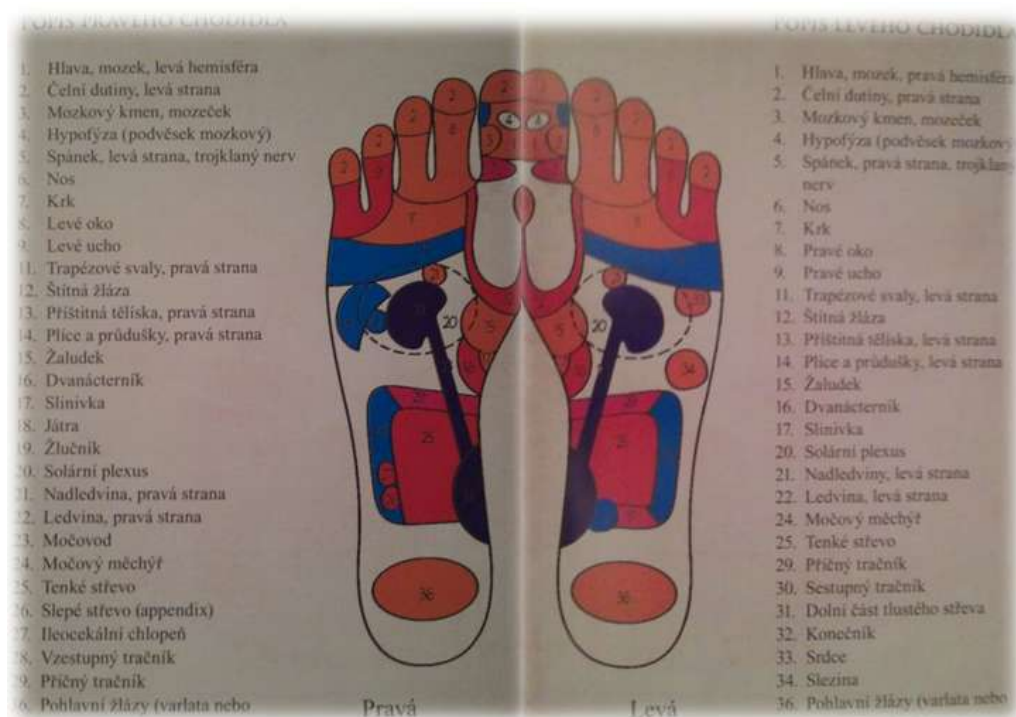
Dle našeho názoru není ideální bezmezně preferovat pouze západní či východní medicínu, ale je třeba vytvořit v terapeutické intervenci určitý komplexní přístup, kdy využijeme všech dostupných prvků medicíny, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu jedince (např. léčba západním stylem medicíny, obohacena o pravidelnou aplikaci akupresurních bodů, které účinek léčby násobí).

Akupresura a její aplikace neznamena jen stimulaci bodů na těle tlakem prstů, ale na tomto principu terapie nalézáme i další možnosti čínské medicíny-akupunkturu (aplikace jehliček do dané oblasti) a japonskou akupresuru plosek nohou (reflexní masáž exaktně definovaných bodů na chodidlech, nejideálněji

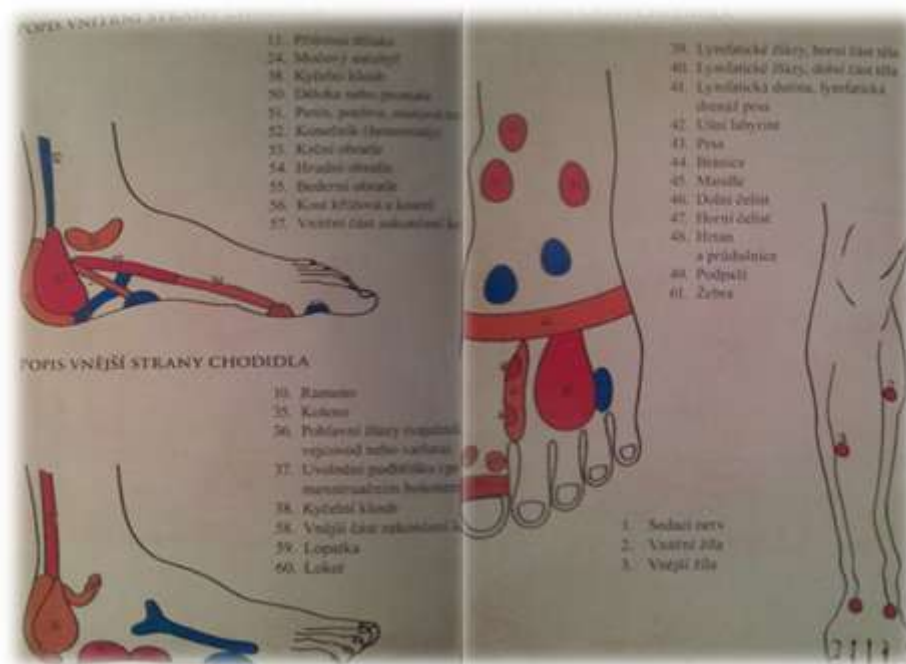
za pomoci dřevěného akupresurního kolíčku - dochází ke stimulaci těch nejhlubších receptorů, které se pojí s vnitřními orgány).



Obrázek 324: Dřevěný akupresurní kolíček



Obrázek 325: Mapa pravého a levého chodidla (KOTAKA 2011)



Obrázek 326: Mapa vnitřní, zevní a vrchní strany chodidla (KOTAKA 2011)

Akupresura a WHO

Akupresura, ostatně jako většina tradičních léčebných metod, podléhá mnoha šetřením, testům a studiím Světové zdravotnické organizace.

Dle WHO se aplikace akupresury a akupunktury ve všech výzkumech osvědčila. Aplikace zkracuje dobu léčby, mírní příznaky onemocnění a působí pozitivně na psychiku jedince.

WHO dále uvádí výhody: akupresuru po zvládnutí dané problematiky může aplikovat téměř kdokoli, nepřináší s sebou žádné riziko infekce a při nesprávné aplikaci nedochází k poškození tkáně či narušení zdravotního stavu.

Uvádí také, že aplikace akupresury nepomáhá pouze u fyzických patologických jevů, ale její účinky jsou významné také v oblasti psychické- stavy úzkosti, deprese, nespavost, impulzivita a rozladěnost atd. (CHE SIAO-CHENG, 2008)

Využití metodiky

Nejprve je nezbytné zmínit, že aplikace akupresury, tak jako veškeré metody tradiční čínské medicíny, vychází ze znalosti jinu a jangu - velebný černo-bílý kruh balance pólů a jak známo „kruh je začátek konce a konec za-

čátku“ (jin a jang - jedná se o věčný koloběh, ve kterém jedna síla vychází z druhé; pokud se nachází jin a jang v harmonii, cítíme se dobře a jsme zdraví).

Jang ztotožňuje aktivitu, tvůrčí rysy, dynamický princip; Jin naopak ztotožňuje pasivitu, regeneraci, substanci. (KOTAKA, 2011)

„Oběma těmto principům se také podřizují všechny orgány a procesy v lidském těle. Nemoc přichází, když jin a jang přestanou být v rovnováze a jeden princip začne převládat nad druhým.“ (CHE SIAO-CHENG, 2008, str. 19)

Principem akupresury je stlačení bodů, které leží na tzv. „meridiánech“. Meridiány jsou pomyslné energetické dráhy života, které procházejí celým naším tělem a jsou povětšinou pojmenovány dle orgánu, kterému odpovídají svou součinností (meridiány proto, že prvním „západním“ jedincům, kteří se čínskou tradiční medicínou učili, tyto dráhy připomínaly poledníky (meridiány) na námořních mapách).



Obrázek 327: Mapa meridiánů procházející tělem (CHE SAIO-CHENG 2008, str. 21)

V akupresuře máme 12 stěžejních meridián (6x jin a 6x jang + přední střední (jin) a zadní střední (jang) dráhu).

Meridiány jang:

- meridián močového měchýře- nejdelší, leží na něm 67 bodů
- meridián tlustého střeva
- meridián tří ohřivačů
- meridián tenkého střeva

- meridián žlučníku
- meridián žaludku + zadní střední dráha - začíná v oblasti pod kostrčí a jde podél páteře kraniálně přes hlavu, čelo, nos a končí nad horním rtem.

Meridiány jin:

- meridián srdce
- meridián jater
- meridián plic
- meridián sleziny
- meridián ledvin
- meridián osrdečníku + přední střední dráha - začíná uprostřed hráze a jde podél osy těla po přední straně těla kraniálně k bradě, končí pod dolním rtem.

(CHE SIAO- CHENG, 2008)

Zásady aplikace: Před akupresurou vždy umýt a prohřát ruce (mnutí dlaní o sebe, protřepání, protažení); intenzita tlaku na jednotlivý bod by neměla být příliš velká (zvyšovat tlak, nejvíce však do intenzity bolesti); v obličejí zvolit jemnější tlak; doba tlaku by měla činit od 30 vteřin do 2 minut; četnost u akutních stavů 2x/ den, u stavů chronických alespoň 2x/ týden.

Co se kontraindikací týče, platí jedna velmi důležitá zásada: V době těhotenství by akupresura neměla být hojně aplikována a neměly by se stimulovaly body: Tlusté střevo 4, slezina 6, močový měchýř 60 a všechny body v krajině podbřišku.

Zajímavostí je, že více než dvě třetiny bodů odpovídá spoušťovým bodům na těle, o kterých jsme hovořili v předchozích kapitolách. (CHE SIAO-CHENG, 2008)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Podstatné je říci, že akupresurou rozhodně nemůžeme nic zkažit či zhoršit stav jedince, v nejhorším případě si jen nepomůžeme. Tím se stává metoda ve SPPG praxi velmi dostupnou. Po zaškolení zvládne stimulaci bodů i laik.

Pomocí akupresury jsme schopni významně ovlivnit řadu patologických stavů a nemocí (odborná literatura uvádí, že např. jen masáží plosek nohou jsme schopni vyléčit kolem 200 nejrůznějších zdravotních komplikací). Co však víme na základě mnoholetých empirií s jistotou je fakt, že akupresurou bohužel nedokážeme zvrátit primárně onkologické onemocnění a AIDS.

Akupresurou jsme schopni ovlivnit např. akutní bolestivé stavy, horečnaté stavy, stavy malátnosti, únavu, stres, poruchy spánku, nevolnosti, bolesti zubů a kloubů, stavy úzkosti a deprese, vnitřní orgány atd.

V této části si ukážeme aplikaci akupresury u vybraných nejčastějších potíží, které se taktéž vyskytují u jedinců se SPPG požadavky. To proto, že by se ukázka dané stimulace různých akupresurních bodů opakovala. Zmíněné akupresurní body budou vyselektovány, protože nepovažujeme za nezbytné, zmínit kompletní výčet akupresurních bodů pro danou oblast.

Za nejdůležitější body v akupresuře považujeme především tlusté střevo 4, srdce 7, žaludek 36, slezina 6, osrdečník 6, o nichž budeme hovořit níže.

Bolesti hlavy: Akupresura je velmi ideální metoda u těchto stavů, nezávisle na příčině (jako následek jiných nemocí či nachlazení, migrény atd.) Akupresurou mírníme bolest a předcházíme dalším atakám.

Důležité body: žlučník 14 - na šířku prstu nad obočím; tři ohřívače 23 - na vnějším konci obočí - měkký důlek; extra bod - mezi obočím ve středové ose; žaludek 36 - na holenní kosti, v prohlubni pod kolenem; játra 3 - hřbet nohy, mezi záprstními kůstkami; tlusté střevo 4 - leží na nejvyšším místě svalu po spojení palce a ukazováku.

Obrázky níže dokládají akupres. body při bolestech hlavy.



Obrázek 328:
● žlučník 14,
● tři ohříváče 23,
● speciální bod



Obrázek 329:
● žaludek 36



Obrázek 330:
● játra 3



Obrázek 331:
● tlusté střevo 4

Bolesti kloubů: Akupresura je velmi ideální metoda proti bolestem, podporuje hybnost kloubů a léčbu zánětů kloubů.

Důležité body: močový měchýř 60 - vnější strana nohy, uprostřed, mezi nejvyšším bodem kosti kotníku a achillovkou; játra 3- hřbet nohy, mezi první a druhou záprstní kůstkou; srdce 3 - mezi koncem rýhy loketního ohybu, u výběžku kosti; tenké střevo 3 - vnější hrana ruky, na konci kožní řasy baze malíčku.

Obrázky níže ukazují akupres. body při bolestech kloubů.



Obrázek 332:
● močový měchýř 60,
● játra 3



Obrázek 333:
● srdce 3,
● tenké střevo 3

Problematika kyčlí a kolen- akupresura je velmi ideální metoda. Nelze již zvrátit strukturální poškození, ale akupresurou jsme schopni zmírnit bolesti, mírnit záněty a zlepšit hybnost.

Na problematiku se zaměřujeme proto, že kolena a kyčle jsou vystaveny velkému zatížení a v případě mnoha funkčních změn dochází k rychlým degenerativním změnám.

Důležité body: Žaludek 34 - leží dvě šířky prstu nad horním okrajem čéšky; žaludek 36 - na holenní kosti, v prohlubni pod kolenem; játra 8 - na vnitřní straně kolene, bod se nachází při pokrčení kolene mezi dvěma šlachami na vnitřním konci rýhy; močový měchýř 40 - v podkolení jamce, uprostřed příčné rýhy; žlučník 30- na horním konci stehenní kosti nad velkým trochanterem (zřetelný výstupek).

Obrázky níže zobrazují akupres. body při problematice kyčlí a kolen.



Obrázek 334:

- žaludek 34,
- žaludek 36



Obrázek 335:

- játra 8,
- močový měchýř 40,
- žlučník 30

Problematika zad a šíje - akupresura velmi ideální metoda u velmi rozšířených obtíží mezi populací (bolesti zad a šíje jsou vzhledem k současnému stylu života nejčastější obtíže vůbec). Opět konstatujeme, že již nelze zvrátit strukturální změny, ale lze velmi efektivně uvolnit ztuhnutí svalů a zmírnit bolesti. Tím dochází k uvolnění oblasti.

Důležité body: močový měchýř 36 - pod hýžděmi, uprostřed příčné rýhy; močový měchýř 54 - nejvyšší místo v horním zaoblení hýždí; žlučník 30 - na horním konci stehenní kosti nad velkým trochanterem (zřetelný výstupek); močový měchýř 40 - v podkolenní jamce, uprostřed příčné rýhy; tři ohříváče 3 - hřbet ruky, mezi bazemi prsteníku a malíčku; tlusté střevo 4 - leží na nejvyšším místě svalů po spojení palce a ukazováku; tři ohříváče 5 - na předloktí, tři šířky prstu nad ohybem zápěstí, v prohlubni mezi kostí loketní a vřetení.

Obrázky níže zobrazují akupres. body problematiky zad a šíje.



Obrázek 336:

- močový měchýř 36,
- močový měchýř 54,
- žlučník 30,
- močový měchýř 40



Obrázek 337:

- tři ohřivače 3,
- tlusté střevo 4,
- tři ohřivače 5

Deprese, úzkost, neklid, nervozita, poruchy spánku - i zde akupresura nabízí pomocnou ruku. Stimulace akupresurních bodů, viz níže, pomáhá nastavit rovnováhu vnitřního klidu, podporuje uvolnění, zbavuje úzkosti a zlepšuje stav u depresivní rozlady. Také pozorujeme i uklidňující účinky, které tlumí další příznaky - poruchy spánku atd.

Důležité body: srdce 7 - zápěstní rýha, šířka prstu před koncem na malíkové straně; osrdečník 7 - uprostřed rýhy zápěstního kloubu; srdce 3 - mezi koncem rýhy loketního ohybu, u výběžku kosti; osrdečník 6 - v prodloužení osy prostředníku na vnitřní straně paže, tři šířky prstu nad zápěstní rýhou mezi šlachami; extra bod - ve výši nosu, mezi obočím; srdce 9 - pod nehtovým lůžkem malíčku, poblíž prsteníčku; osrdečník 9 - na špičce prostředníčku; žaludek 36 - na holenní kosti, v prohlubni pod kolenem; přední střední dráha 6 - na bříše, středová osa těla pod pupíkem.

Obrázky níže zobrazují akupres. body u problematiky deprese, úzkosti, neklidu, nervozity, poruch spánku.



Obrázek 338:

- srdce 7,
- osrdečník 7,
- osrdečník 9



Obrázek 339:

- přední střední dráha 6,
- žaludek 36



Obrázek 340:

- srdce 3,
- osrdečník 6



Obrázek 341:

- srdce 9

Dýchací obtíže, astma, kašel, nachlazení, chřipka, rýma - stimulací akupresurních bodů, zklidňujeme sliznici průdušek, mírníme dráždění ke kašli a uvolňujeme křeče dýchacích svalů.

Důležité body: plíce 7 - vnitřní strana paže, dvě šířky prstu nad koncem zápěstní rýhy u palcové strany; plíce 11 - pod nehtovým lůžkem palce, vnější okraj; přední střední dráha 22 - uprostřed na horním konci hrudní kosti, na spojnici klíčních kostí; tlusté střevo 4 - leží na nejvyšším místě svalu po spojení palce a ukazováku; močový měchýř 2 - na vnitřním konci obočí; extra bod - mezi obočím, uprostřed nad kořenem nosu.

Obrázky níže zobrazují akupres. body u problematiky dýchacích obtíží, astma, kašle, nachlazení, chřipky, rýmy.



Obrázek 342:

- plíce 7
- plíce 11,
- tlusté střevo 4



Obrázek 343:

- extra bod,
- močový měchýř 2,
- přední střední dráha 22

5.11 Kinesiotaping

Kinesiotaping je velmi efektivní a ceněná metoda v oboru fyzioterapie, která má široké uplatnění v terapeutické intervenci všech jedinců bez ohledu na věk, pohlaví, diagnózu atd. Dochází k ovlivnění myoskeletálního a lymfatického systému těla jedince.

Metodu vyvinul a rozšířil uznávaný japonský odborník v oblasti chiropraxe a akupunktury Dr. Kenzo Kase (cca v polovině roku 1970).

Do podvědomí se metoda dostala také díky Olympijským hrám v r. 1988 v Soulu, kdy odborná i laická veřejnost spatřila tyto pásky na sportovcích. Následovalo rozšíření do celého světa- především kolem r. 2004 skrze UK Kinesio Taping Association, kdy byl tape aplikován při sportovních úrazech, v pediatrii a u terapie lymfedému. V současnosti je kineziotaping běžnou součástí nejen fyzioterapeutické intervence. (KASE, 2003), (DOLEŽALOVÁ, PĚTIVLAS, 2011), (ŠÚROVÁ, 2010 - skripta ke kurzu)

Teoretická východiska metodiky

Metoda spočívá v aplikaci barevných pásek, které mají strukturu a elasticitu podobnou lidské tkáni. Páska je schopna elasticity (kolem 140% vlastní délky). Tato páska je vyrobena z polymerové elastické části obalené 100% ba-

vlněnými vlákny (vlákna z bavlny umožňují odpařování tělesné vlhkosti a rychlé usušení), její tloušťka odpovídá epidermis lidské kůže a její spodní strana je pokryta lepidlem (neobsahuje žádný latex, adhezivní složka - akrylátové lepidlo, přírodní pryskyřice), které se aplikuje tělesným teplem a toto lepidlo (nanášené na pásku ve vzoru vln - jako u otisku prstu, napomáhá nadzdvíhat kůži, vytvářet zóny pro únik vlhkosti) je prodyšné a voděodolné (pacient se s ním může bez problémů koupat). (KASE, 2003), (DOLEŽALOVÁ, PĚTI-VLAS, 2011), (ŠÚROVÁ, 2010- skripta ke kurzu)

Tento tape je továrně vyroben na papírovém podkladu a je již v přibližně 25% napětí, přičemž napětí po aplikaci pásky má účinek obvykle 3-5 dní. V současnosti a době marketingových bojů máme nepřeborné množství značek, materiálů, barev atd., proto aplikace a samotné vlastnosti elasticity tapu, volí individuálně terapeut. (KASE, 2003)



Obrázek 344: Kinesiotaping sada - tape, sprej, lihové mazání, ostré nůžky



Obrázek 345: Kinesio páska

Využití metodiky

Pro efektivní aplikaci této metodiky je nezbytná a žádaná odborná znalost anatomie, kineziologie, patokineziologie či znalost lymfatického systému, odborná diagnostika a odborná znalost aplikace kineziotapu a variant. Proto kineziotaping indikuje zkušený vyškolený fyzioterapeut.

Avšak praktická aplikace tapu je víceméně snadná a po krátké demonstraci aplikace terapeutem, individuálně indikované jedinci (tamtáž diagnóza neznamena stejná aplikace; individuální úprava, zdůvodnění a vysvětlení zásad

pro daného jedince), zvládne kinesiotape aplikovat i pedagog, rodič, zdravotní personál, asistent či jedinec sám.

Kombinace natáhnutí, tloušťky a přilnavosti, dává kinesiotapu téměř shodné vlastnosti jako má lidská kůže. Po aplikaci dochází ke zvýšení intersticiálního prostoru, čímž zvýšíme průtok krevního řečiště, lymfatické proudění, snížíme tlak vyvíjený na cévy a dochází k urychlení procesu hojení tkáně. (KASE, 2003)

Kinesiotape v dané oblasti vyvolá reakci - páska stimuluje kožní či svalové receptory. Tyto impulzy proudí proprioceptivní neuromuskulární facilitací do center mozku, které následně zareagují, vyšlou impuls ke korekci atd. Tím dochází ke zvýšené aktivitě dané oblasti, zásobení impulzů a k terapeutickému efektu. (KUMBRINK, 2012)

Účinky tapu: zrychlení a zlepšení látkové výměny; analgetický účinek (vrátková teorie); uvolnění spastických, namožených, natažených, natržených svalů - inhibiční detonizační účinek; stimulace hypotonu, oslabených svalů - tonizační účinek; korekce - mechanické (např. kloubů), fasciální (např. vazy, podkoží), prostorové (např. korekce postavení), funkční (úpravou dané oblasti a korekce - dojde k uvolnění dané lokace, např. svalu).

Mezi nejčastější indikace patří: zlepšení funkce svalů, podpora funkce kloubů, ochrana proti cirkulačnímu omezení, aktivace endogenního analgetického systému, redukce zánětu, relaxace svalů, podpora svalů při pohybu, použití jak u prevence, tak i při léčbě akutních i chronických onemocnění pohybového aparátu, otoky, kloubní nestability, hematomy, regulace lymfatického systému. (KUMBRINK, 2012)

Aplikace:

Příprava kůže: Kůže by měla být před nalepením tapu odmaštěná a suchá. Ideální je dané místo, kam se tape nanáší bez ochlupení, které značně omezuje přilnavost a tím snižuje efekt. U jedinců, kteří se více potí, používáme lepidlo ve spreji. (KASE, 2003)

Velmi se nám osvědčila v naší klinické praxi aplikace kinesiotapu v kombinaci s koňskou masťou - bylinné lihové mazání (hřejivé a chladiivé), které

je dostupné ve většině lékáren. Toto bylinné mazání obsahuje 25 druhů léčivých bylin, výborně odmastí a připraví tkáň- inhibiční lepení- uvolní (hřejivá); facilitační lepení- nastimuluje (chladivá).

Použití v několika tvarech: např. Y, I, X, vějíř či tzv. donut - záleží na velikosti postižené oblasti nebo svalu a žádoucím léčebném efektu. (ŠÚROVÁ, 2010 - skripta ke kurzu)

- „Y“ technika: nejběžnější způsob použití. Používá se k ohraničení celého svalu- k facilitaci nebo k inhibici svalových podnětů. Využívá se hlavně při „tejpování“ oslabených svalů, kdy nanese tape kolem celého svalu.

- „I“ tape: používáme pro poraněný sval a může se kombinovat s „Y“ tapem. Primárním účelem „I“ tapu je omezit bolest a snížit edém.

- „X“ tape: v závislosti na začátku a úponu svalu a jeho měnící se poloze při pohybu.

- Vějíř se využívá jako lymfatická intervence - drenáže a snížení otoku při traumatu.

- Donut- u léčby edému v ohniskové nebo sportovní specifické oblasti. Dvě nebo 3 pásy navzájem překrývají postiženou oblast. V tapu se vystříhne tzv. „donut hole“- díra, kterou umístíme na centrum bolesti nebo otoku.

Předpětí tkáně a „stretch“ tapu: vycházíme ze znalosti efektu, který chceme na dané tkáni dosáhnout. U každého svalu většinou vycházíme z tzv. „předpětí“ - výrazné protažení a kombinace se strečovou schopností pásy:

- Inhibice svalů: 15-25% stretch (čili bez tahu, protože je již tape v tomto stretch vyroben), lepíme na sval ve směru od úponu po začátek.
- Facilitace svalů: 15-50% stretch (mírné napětí pásy), lepíme na sval ve směru od začátku po úpon.
- Lymfatická technika: 10-25% stretch (možno slabé napětí).
- Fasciální technika: 15- 50% stretch (výraznější napětí pásy).
- Vazivová/ šlachová technika: 50-100% (úplné napětí pásy).

(KASE, 2003), (DOLEŽALOVÁ, PĚTIVLAS, 2011), (ŠÚROVÁ, 2010- skripta ke kurzu)

Výběr barvy pásy: kinesiotape není rozdělen dle napětí či efektu barvou, jedná se však o psychologii barev, které působí na psychiku jedince. Ori-

ginál tape se proto vyráběl v červené, růžové, modré, tělové a černé barvě- přičemž barva červená stimuluje; modrá uklidňuje; černá a tělová je neutrální a růžová navozuje pocit euforie a jistoty. (KUMBRINK, 2012)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Tato metoda má velmi široké terapeutické uplatnění díky zásahu do řídicího centra. Ovlivníme tedy řízení pohybu, lokomoční stereotypy, napětí, lymfatický systém atd., proto můžeme metodu aplikovat s velmi výrazným terapeutickým efektem u všech jedinců se speciálně pedagogickými potřebami.

Somatopedie a kinesiotaping

Zde je spektrum využití nejširší. Záleží na dané diagnóze, její prognóze a možnostech.

DMO: Zde je cílem inhibice a kompenzace spastických svalů- lepíme inhibičně na všechny spastické svaly dle potřeby; korekčně- pro korekci a nastavení patologického vzoru; vazivově- záleží individuálně na potřebách daného jedince.

RS: Zde je cílem především zapojení korektních pohybových vzorů, udržení optimální tělesné kondice - tedy inhibice přetížených a facilitace oslabených svalových skupin- lepíme inhibičně na vybrané spastické svaly; facilitační - na oslabené svalové skupiny atd.

Stavy po CMP: Zde lze facilitovat a podmiňovat. Lepíme facilitační-facilitační - na oslabené či paretické svalové skupiny dle neurologické dg.; korekčně-funkční - podmiňujeme funkci daného svalu.

Ortopedické diagnózy a stavy po ortopedických korekcích: Lepíme dle stavu a dg. jedince - inhibičně; facilitačně; vazivově/šlachově; aplikujeme tape na jizvu; lymfaticky - ovlivňujeme otok a bolestivé stavy po operaci atd. Díky tomu korigujeme snadno VDT, skoliózy, funkční změny a inhibujeme stav u strukturálních obtíží.

Psychopedie a kinesiotaping

Downův syndrom: Jedinci s Downovým syndromem trpí svalovou hypotonií, mají problémy s obratností - koordinací, rovnováhou, rytmikou pohy-

bu, také s orientací v prostoru a nemají jistotu a sebedůvěru při provedení pohybu. Lepíme facilitačně; korekčně; funkčně.

Neurózy: Neurotičtí jedinci trpí depresemi, fobiemi či hysterií, řadíme je do skupiny lehčích psychiatrických onemocnění; snahou kinesiopingu je stimulace jedince- lepíme facilitačně; funkčně; výběr barev- červené a výrazné barvy, které evokují a podněcují.

Psychózy: Psychotičtí jedinci se projevují především maniodepresivitou, schizofrenií, psychopatií či maniomeancholií, které řadíme mezi těžší psychiatrické onemocnění. Zde lze skrze kinesiopingu jedince inhibovat - lepíme inhibičně; fasciálně; výběr barev: pro zklidnění - modrá, tělová, růžová.

Obrázky níže zobrazují využití kinesiopingu - inhibiční aplikace u nejčastějších spastických či zkrácených svalů.



Obrázek 346:
Uvolnění zadní strany stehna (a)



Obrázek 347:
Uvolnění zadní strany stehna (b)



Obrázek 348:
Uvolnění adduktorů stehien



Obrázek 349:
Uvolnění gluteálních svalů



Obrázek 350: Uvolnění přímé břišní stěny



Obrázek 351: Inhibice šíjového svalstva



**Obrázek 352:
Inhibice prsního svalstva
(KUMBRINK 2012, str. 15-70)**



Obrázek 353: Inhibice svalů paže

Obrázky níže zobrazují využití kinesiometapu - facilitační aplikace.



Obrázek 354:
Facilitace svalů zad-
ní strany steh
(ŠŮROVÁ 2010)



Obrázek 355:
Facilitace čtyřhlavé-
ho svalu stehenního



Obrázek 356:
Facilitace mezilopatkových svalů

Obrázky níže zobrazují využití kinesiometapu - korekční techniky.



Obrázek 357: Stabilizace L/Sp (a)



Obrázek 358: Stabilizace L/Sp (b)



Obrázek 359: Stabilizace achilovy šlachy



Obrázek 360: Korekce DK u DMO



Obrázek 361: Stabilizace hlezna u deformit DK



Obrázek 362: Korekce u skoliózy v obl. Thp a L/Sp



Obrázek 363: Korekce a stabilizace Lp



Obrázek 364: Stabilizace a korekce jizvy



Obrázek 365:
Korekce hlezna u DMO
(KUMBRINK 2012, str. 15 – 154)



Obrázek 366: Korekce kolenního kloubu
- patelofemorální degenerace

Obrázky níže zobrazují využití kinesiotapu - funkční a lymfatická aplikace.



Obrázek 367:
Neurologické dg. -
paréza DK
(ŠÚROVÁ 2010)



Obrázek 368:
Neurologické dg. -
paréza HK
(ŠÚROVÁ 2010)



Obrázek 369:
Uvolnění a funkční aplikace u iliotibiálního traktu
(KUMBRINK 2012, str. 98)



Obrázek 370: Lymfatická aplikace - drenáž HK
(KUMBRINK 2012, str. 155)



Obrázek 371:
Lymfatická aplikace - aktivace lymfy po operativní ortopedické korekci - DMO atd.



Obrázek 372: funkční aplikace- uvolnění řetězce svalů HK od zápěstí po šíjové svalstvo a korekci ramene

SVPŠD a kinesiotaping

Zde platí, že bychom měli kinesiotaping indikovat především dle individuality jedince. U dětských jedinců lze kinesiotaping aplikovat formou hry, např. využití různých barev, k aplikaci zařadit říkanku či pohádkové povídání,

proč se kinesiotope lepí; u dětí se nám výborně osvědčilo malování obrázků na tape - např. lymfatický tape lepíme jako „chobotničku“ atd.

ADHD: lepíme inhibičně, hra s barvami- inhibiční typ; vazivově; lymfaticky pro reakci těla atd.

ADD: lepíme facilitačně; hra s barvami - výrazné a provokující barvy, které vzbuzují zájem i u okolí, čímž jedince drží v „pohotovosti“. Kinesiotaping zde funguje výborně jako facilitační prvek, zvyšuje sebedůvěru a aktivuje lymfaticky řadu procesů, které stimulují organismus.

Obrázky níže zobrazují využití kinesiotapu - korekční funkční a lymfatická aplikace.



Obrázek 373:

Funkční nastavení ramenních kloubů pro korekci VDT a napřímení páteře



Obrázek 374: Funkční aplikace u astma bronchiale



Obrázek 375: Lymfatický tape - ukázka tapu a malování obrázků na tape



Obrázek 376: funkční korekce deformity prstu - např. využití u dysgrafie atd.

(KUMBRINK 2012. str. 104, 120, 144)

Kinesiotaping a logopedie

Zde tape aplikujeme analyticky dle potřeby - nejčastěji můžeme využít korekční - k nastavení a fixace čelisti či temporomandibulárního kloubu; facilitační - n. facialis; inhibiční - inhibice trojklaného nervu.

Obrázky níže zobrazují využití kinesiotapu - korekční funkční, facilitační a inhibiční aplikace.



Obrázek 377: Korekce a funkční aplikace temporomandibulárního kloubu



Obrázek 378: Facilitace u parézy n. facialis



Obrázek 379: Inhibice trojklaného nervu (n. trigeminus)

(KUMBRINK 2012, str. 116, 194)

5.12 Metoda Castillo-Morales

Metoda Castillo-Morales neboli orofaciální regulační terapie, dále jen ORT, je reflexní terapeutický koncept zaměřený na rehabilitaci činnosti obličejových svalů, polykání a rehabilitaci u narušených komunikačních schopností.

Terapeutický koncept popsal a dále rozvíjel argentinský lékař Rodolfo Castillo Morales (v období 70. let 20. stol.), který vycházel z neurofyziologických poznatků a ze studií indiánů (typický vzorec symbiózy mezi matkou - dítětem a prostředím). (PAVLŮ, 2003)

Teoretická východiska metodiky

ORT nabízí komplexní, senzomotorickou terapeutickou intervenci, která má mimo neurofyziologie také základy ve filozofii a antropologii (výzkum latinsko - amerických indiánů).

V konceptu ORT je středem problematiky jedinec, kolem kterého se vše děje (vše závisí na aspektech: pohybu; funkce; komunikace; senzomotorického vývoje a senzomotorické aktivity).

Pro komplexní diagnostiku a následné využití ORT je nezbytná znalost patologie tzv. „orofaciálního komplexu“ (orgánový systém tvořený anatomico-fyziologickými prvky. Tím se mohou rozvíjet funkce: příjem potravy, mi-

mika obličej, dýchání, fonace atd.) a pochopení funkce v závislosti na aspektech pohybu (představuje funkci, biomechanická reakce), hmoty (představuje propojení- svaly, klouby, šlachy a receptory s nervy), času (určité ohraničení začátku a konce), prostoru (pro uskutečnění pohybu a hmoty), energie (pro realizaci funkce) a regulace (regulační mechanismy u různých úrovní). (MORALES, 2006)

Morales (2006) uvádí, že pokud chceme docílit situace, kdy si daný jedinec vypracuje žádané způsoby chování či vzorce pohybu, není žádoucí jen nacvičovat dané vzorce pohybu, ale postačí ukázat cestu na základě které si daný jedinec vypěstuje žádané vývojové kroky (v závislosti na již zmíněném času, prostoru- tímto si daný jedinec situace prožívá, zkouší si je a učí se).

Při využití ORT se nezaměřujeme na celé spektrum obtíží, ale terapeutickou intervencí cílíme vždy na prioritní problematiku v danou chvíli (zvážení priorit dle důležitosti) např. zda se terapeutická intervence bude zaměřovat na motorické obtíže s pohybem mluvidel, na příjem potravy, na psychologické problémy či na problematiku zvýšeného slinění, řeč atd. (MORALES, 2006)

Využití metodiky

Metoda Castillo-Morales neboli ORT byla primárně cílená především na jedince s Downovým syndromem. Později se úspěšně aplikovala také na jedince s DMO; na jedince po úrazech lebky a mozku; po prodělané encefalitidě; po komatózních stavech; dále u svalové hypotonie; u neurologických onemocnění či rozštěpu patra apod. Výsledky má tato metoda také u řady funkčních poruch - poruchy při příjmu jídla a pití (především žvýkání a polykání); u zvýšeného slinění; u funkčních poruch řeči; předsun jazyka či u funkčně podmíněných anomálií (změny na chrupu a čelistech). (MATĚJČKOVÁ, 2008)

Castillo-Morales metoda dále pomáhá např. stimulovat sání u kojenců s orofaciálním postižením, zlepšuje polykání u jedinců s těžkým mentálním postižením či „jen“ rozvíjí řeč. (MORALES, 2006)

Řada autorů se shoduje, že má-li být využití metody Castillo-Morales efektivní, měli bychom klást důraz na týmovou spolupráci mezi odborníky (lékař, terapeut, pedagog, psycholog, ortodont atd.).

Morales (2006) také podotýká, že daný terapeut by neměl disponovat jen znalostmi týkajícími se rehabilitace, ale měl by znát také mechanismy, kterými jsou pohyby spouštěny přes určité pákové systémy- znalost skupiny svalů nejen z orofaciální oblasti, jejich funkce a inervace- pro lepší stanovení diagnózy a následnou orofaciální terapii.

Matějčíková (2008) poukazuje na nejen znalost patologie orofaciálního komplexu a následných vlivů na tělo pacienta, ale také na další problematiku- rozpoznání hlavních problémů ve vztahu k orofaciálnímu komplexu; akceptace věku a dosaženého senzomotorického vývoje pacienta; možnost kombinace jednotlivých technik; vytváření a využití společné dokumentace.

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Ve SPPG praxi lze ORT tak jak ji známe v dnešní podobě velmi efektivně využít především v těchto SPPG „pediích“ – somatopedie: u DMO, obrny periferních nervů - n. facialis, poruchy přijímání potravy, korekce dýchání nosem, problémy spojené s pohybem a jemnou motorikou, aktivizace sání a polykání u těchto poruch, úprava funkce žvýkacího svalstva, normalizace svalového napětí, uvolnění čelistí (fenomén skřípání zubů), u atypického polykání, úprava a stimulace dýchání; psychopedie: Downův syndrom - napomáhá facilitovat dýchací svaly, poloha jazyka atd.; mentální retardace a psychiatrické dg.- korekce metodikou zlepšuje psychický stav jedince + výhodné využití u jedinců, kteří nedovedou vědomě efektivně spolupracovat s terapeutem u MR.

Nejvýznamnější je terapeutická intervence ORT v SPPG praxi především v logopedii. Co se narušených komunikačních schopností týče, ORT terapeuticky ovlivňuje zejména foneticko-fonologickou rovinu jazyka - anatomická korekce v ústní dutině. Na základě kvalitně aplikované terapeutické intervence ORT nacházíme velmi příznivý stav pro následnou aplikaci logopedické intervence - výrazně lepší terapeutický efekt. (MATĚJČKOVÁ, 2008)

Matějčíková (2008) také poukazuje na problémy, s kterými se v praktické logopedické aplikaci můžeme setkat. Např. problematiku navození interakce u jedinců v pásmu těžké a hluboké mentální retardace, navození polohy jedince, navázání očního kontaktu a zrakové + sluchové percepce. Dále poukazuje na rozvoj sekundární patologie a na její důsledky - apraxie mluvidel,

vztah mezi reklinací šíje + postavení čelistí a artikulačních orgánů, problematické navození minimální akce artikulačních orgánů, nepřítomné dýchání nosem, přítomnost suché sliznice, zvýšená slinivost, poruchy čítí, výbavnější kousací reflex, možná zvýšená citlivost a bolestivost při otevření úst apod.

5.13 Koncept konduktivní podpory: Petö

Koncept konduktivní podpory neboli Petö koncept je velmi zajímavá a terapeuticky efektivní metoda, která má za cíl rozvíjet jedince s poruchami hybnosti, a to nejen na základě motorického učení, ale i na podkladu komplexního pedagogického přístupu (motorická složka obohacena o pedagogický přístup k jedinci; vychází z poznatků a víry ve schopnosti jedince, učit se novým věcem a získávat nové zkušenosti na základě nových impulzů). Rozvíjí se tedy nejen motorické schopnosti, ale i celkový vývoj u jedinců, převážně s poruchami hybnosti.

Zakladatelem této metody byl rehabilitační lékař maďarského původu-prof. Andreas Petö (1893- 1967), který se později přičinil o založení speciálního ústavu konduktivní podpory v Budapešti. (PAVLŮ, 2003)

Jedním z hlavních důvodů, proč tuto terapeutickou metodu zmiňujeme, je fakt, že metoda není v ČR příliš rozšířená, známá a využívaná.

Dle našeho názoru je tato metoda velmi efektivní a zaslouží si nemalou pozornost, obzvláště na poli SPPG praxe. Bohužel v našich zeměpisných šířkách chybí osvěta, odborné publikace jsou často jen v němčině či maďarštině a neexistuje zde ani zařízení, které by tuto metodu primárně a cíleně využívalo.

Teoretická východiska metodiky

Koncept konduktivní podpory- název původem z latinského slova conducere-shromažďovat, sbírat, je komplexní metodikou, kdy v centru dění není dané postižení (dg.), ale jedinec, který je vnímán jako člověk (koncept postaven na lidských principech - zachování skupiny, celistvosti, rutiny, aktivity a facilitace).

Cílem této metodiky je především co nevyšší stupeň integrace jedince do společnosti, kdy se snažíme utvářet nezávislost jedince a tím zajistit plnohodnotný život. To vše by mělo probíhat „hravou a nenásilnou“ formou (hra je jedinci velmi přirozenou aktivitou). (DANIELCZYK, 2003)

Danielczyk (2003) uvádí, že v této metodice je velký důraz kladem na využití řeči- řeč jakožto charakteristický prvek - tzv. „rytmickým intendováním“ využíváme verbálního projevu pro motivaci jedince, pro řízení jeho pohybů a činností, tím podněcujeme jedince k mluvení, což má pozitivní vliv na utváření komunikačních schopností.

Také uvádí, že Petöho konduktivní koncept je založen na mnoha teoriích např. Pawlow a jeho teorie (první signální systém - nervový systém, motorika, podmíněné a nepodmíněné reflexy), kdy následně vzniká druhý signální systém - hlavní funkce řeč a myšlení, což mohlo vytvořit principu rytmického intendování; Bernstein a jeho teorie (každý komplexní pohyb vychází z řetězce jednotlivých pohybů, které na sebe navazují - vznik nových dovedností na základě opakovaného řešení stejných motorických vzorců).

Praktické provedení: jedinec je svěřen do rukou tzv. „konduktorky“ (odborně vzdělaná žena, zastávající pedagogickou, terapeutickou a ošetrovatelskou intervenci). Na základě individualit jedince (mentální zdravotní stav, zájmy apod.) zařazuje konduktorka podporu v souladu se skupinovou prací, díky níž je jedinec motivován a snaží se ve skupině využít všechny schopnosti a realizovat svou osobnost (pestrost, atraktivnost, specifické problémy).

Využití her, hudby, tance, tvůrčích činností, řeči apod., které jsou současně doprovázeny intendováním (rytmické slovní pokyny, zpěv). (DANIELCZYK, 2003)

Využití metodiky

Koncept Petö je primárně určen pro jedince s centrálními poruchami hybnosti, indikovat ho můžeme dále u DMO (spastické formy, ataxie, atetózy, kombinace), u spina bifida, morbus Parkinson či RS.

Předpokladem k aplikaci metodiky je zachování několika fenoménů- jedinec musí zvládat příjem potravy a tekutin, musí umět polykat, musí se nacházet v dobrém psychickém a zdravotním stavu, musí být přítomno nutkání

k pohybu, porozumění požadavkům a slovním pokynům a musí být zachována schopnost navázat kontakt s ostatními. (DANIELCZYK, 2003)

Využití metody ve speciálně pedagogické praxi - vybrané ukázky

Na základě předchozích řádků je tedy zřejmé, že tuto metodu ve SPPG praxi není možné aplikovat na jedincích s těžkou MR (jedinci s poruchami autistického spektra, těžké MR, Downův syndrom) a jedincích se smyslovým postižením (nevidomí, neslyšící).

Ve SPPG praxi metodu konduktivní podpory s výrazným terapeutickým efektem můžeme využít v somatopedii - poruchy hybnosti, DMO, RS, spina bifida, morbus Parkinson a v logopedii- zde nacházíme hlavní uplatnění.

Rytmické intendování (společné rytmičné povely, zpěv) má významný pozitivní vliv na dýchání, rozvíjení i vnímání řeči, koncentraci, kontinuální pohyb apod. Jedinci, kteří mají narušené komunikační schopnosti lehce „okoukají“ mluvený rytmus v dané skupině a jsou schopni tyto přístupy postupně přijímat, čímž rozvíjíme expresivní i receptivní složku řeči. (DANIELCZYK, 2003), (PAVLŮ, 2003)

6 Kazuistiky

*„Existují věci nepoznané,
ale neexistují věci nepoznatelné.“
- Jan Amos Komenský -*

Jak již bylo řečeno, mezi cíle této práce patřil sběr širšího spektra kazuistik, které nabízí náhled do konkrétního využití vybraných metod fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi.

Tyto kazuistiky jsou průřezem mnoha metod fyzioterapie, které byly aplikovány v rámci SPPG praxe a dokládají využití ve většině SPPG „pediích“.

6.1 Hiporehabilitace a SPPG praxe

6.1.1 *Specifické vývojové poruchy školních dovedností*

Kazuistika č. I - ADHD

Pohlaví: Muž

Věk: 11 let

NO: S tímto chlapcem je realizována kazuistika v rámci hiporehabilitace na pracovišti Toulcův dvůr, kam dochází 1x týdně s Waldorfskou školou na pravidelné jízdy a cvičení.

Dg: ADHD - syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou, dyslexie, dysgrafie.

RA: Matka v domácnosti, středoškolské vzdělání ukončené maturitou, „sociální otec“ podnikatel v oblasti automobilového průmyslu, střední vzdělání ukončené maturitou.

Chlapec vyrůstá v neúplné rodině, s biologickým otcem se stýká nepravidelně. Žije s matkou, nebiologickým otcem a jedním sourozencem - starší bratr 21 let, studující VŠ, druhý sourozenec - starší sestra 22 let, studující VŠ, žije mimo domov s přítelem.

Školní obtíže v rodině – matka - snížená soustředěnost, mírné neurotické projevy, dyskalkulie.

OA: Chlapec z třetího těhotenství, které mělo fyziologický průběh, porod císařským řezem. Matka měla během těhotenství snížené hodnoty funkce štítné žlázy a nedostatek jódu, vyšetření poporodních reflexů bez patologie, neurofyziologický vývoj v normě, tendence k hypertonii svalstva a ke křečím při vynucování si krmení, častá přítomnost matky při usínání, občasné noční pomočování v etapách cca do 3. třídy. Sed: 5. měsíc, lezení: 4, měsíc, chůze bez opory: 11. měsíc, první slova: 8,5 měsíc.

Již od narození neklidný, hyperaktivní, roztěkaný, zbrklý - časté drobné i závažnější úrazy, rychlé verbální vyjadřování bez přemýšlení. Velmi nadprůměrná dlouhodobá paměť, pozornost krátkodobá a nestabilní, extrovertní typ a spíše vůdčí, občasně vzdorovitý, kamarádský a velmi pohybově nadaný.

Často ztrácí věci - klíče, čepice, cennosti atd., zapomíná na důležité povinnosti a naplánované situace.

Škola: Navštěvoval MŠ, do ZŠ nastoupil s jednoročním odkladem, projevoval obtíže v osvojování si čtení a psaní. Na běžné ZŠ přetrvávaly stále obtíže při čtení a psaní. Nedostatky kompenzoval svým nadprůměrně vysokým IQ-122, proto obtíže nebyly na první pohled objektivně zřejmé. Časté kázeňské postihy za nepozornost a především soustavné vyrušování, nikdy však závažné přestupky v chování či porušení školního řádu. Vyšetření EEG odhalilo LMD a nevyzrálé hodnoty mozkové činnosti. Doporučena medikamentózní léčba, ale rodiče nejprve chtěli zkusit jiné možnosti. Doporučena intervence v pedagogicko-psychologické poradně pro časté poznámky a poruchy v osvojování školních dovedností, kde na popud ZŠ sledován. Zjištěna dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie s poruchami pozornosti a hyperaktivitou. Také byla zjištěna větší unavitelnost a výkyvy soustředěnosti v časovém presu a ohraničení. Poradnou doporučena změna školy a alternativní přístup, proto přestoupil na Waldorfskou školu, kde má sestaven IVP, případně častější konzultace, doučování s učiteli a tempo výuky je pro chlapce přijatelnější a zajímavější. V rámci školy, po konzultaci s fyzioterapeutem, započata hiporehabilitační intervence.

Průběh hiporehabilitace: V rámci hiporehabilitace jsou indikovány terapeutem AVK, které probíhají ve skupině s jeho spolužáky - skupinka obvykle

4-5 žáků. Na terapii dochází 1x týdně, při ježdění má svého terapeuta a hiporehabilitace je hrazena rodiči - 100 Kč/terapie.

Zpočátku je chlapec velmi nesoustředěný, je rušivým elementem a „tropí“ na koni hlouposti. Občas se nechají ve skupině strhnout k tomuto chování i další žáci, ale terapeut vše koriguje a k chlapci vyvíjí osobnější přístup.

Ve stáji při přípravě koně na jízdu je chlapec velmi nesystematický, hlučný, zbrklý a nesoustředěný. Dělá chyby a ke koni přistupuje bez respektu. Proto terapeut volí koně většího, velmi temperamentního a pro jízdu komplexního, který zvládá ihned eliminovat chlapcovo nesystematické chování, přehnanou sebedůvěru a který si od prvních chvil u chlapce získává přirozený respekt. Chlapec se díky osobnosti koně musí zklidnit, soustředit se na jízdu a cvičení, protože pokud je chování opačné, kůň je neklidný a svými projevy „zastrašuje“.

Díky výbornému pohybovému nadání, chlapec zvládá jízdu bez problémů a může se přistupovat k náročnějším cvikům. Hlavními cíli terapie je „unavit“ chlapce, zlepšit soustředěnost, náročnými cviky eliminovat hyperaktivitu a občasnou impulzivitu, prací ve stáji zlepšit systematickosti a přenést na chlapce zodpovědnost. Průběh jízd bývá obvykle variabilní, často se mění cviky, terén a zvětšuje se obtížnost. Při cvičení se nenápadnou formou střídají cviky na zlepšení soustředěnosti s cviky relaxačními. Na závěr následuje pohovávání na koni, relaxační fáze s cviky na zacílené dýchání a v neposlední řadě také mazlení s koněm či krmení za odvedenou práci.

Vyvození závěrů: Zařazení hiporehabilitace do systému komplexní péče o chlapce můžeme hodnotit jako velmi účinné, prospěšné a ideální. Objektivně, díky pravidelným jízdám, došlo k výcviku soustředěnosti, systematickosti a především k částečné eliminaci hyperaktivity a neklidu, což se pozitivně promítlo i v dosahování optimálních školních výsledků. Tato fakta potvrzuje hodnotící zpráva třídního učitele pro dané období a také výsledné hodnocení dalších vyučujících. Zlepšilo se nejen chování, protože se chlapec mohl při jízdách maximálně „vyventilovat“, ale díky soustavnému tréninku se zlepšila i rychlá unavitelnost v soustředění. Díky konfrontaci s velmi temperamentním koněm došlo k částečnému zklidnění a vštípení respektu ve školním i mimo-

školním prostředí. Hiporehabilitace chlapce baví a z vlastní iniciativy vyžaduje těžší a obtížnější cviky. Z těchto a preventivních důvodů, v rámci udržení optimálního stavu, se chlapci ze strany terapeuta doporučuje pravidelné sportovní ježdění v disciplíně voltiž - sportovní odvětví, kdy jezdec na koni provádí akrobatické prvky. Tato sportovní aktivita by chlapce stále nutila k soustředěnosti, k zodpovědnosti, k ovlivnění zbrklosti a především ke korekci hyperaktivity. Tyto změny a individuální zlepšení je patrné i u ostatních žáků, kteří dochází na pravidelné hiporehabilitace. Proto můžeme objektivně říci, že tento případ chlapce není ojedinělým.

6.1.2 Oblast psychiatrie

Kazuistika č. II: Závislost na alkoholu a patologickém hráčství

Pohlaví: Žena

Věk: 54

NO: Tato žena je v ústavní péči psychiatrické léčebny Bohnice, kde absolvuje léčení závislosti na alkoholu a hracích automatech. Nyní v rámci léčby dochází ve skupině na socio terapeutickou farmu léčebny, kde 1x týdně využívá možnosti hiporehabilitace na doporučení lékaře. Zde se s ní v rámci sběru dat setkávám.

SA: Pracovala jako prodavačka v obchodě, poté nezaměstnaná a vedena na úřadu práce. Žena je rozvedená - z manželství má dvě již dospělé dcery. Žila s přítelem v Praze. Půl roku zpět rozchod s přítelem, který je také závislý na alkoholu a hracích automatech, ten je však bez terapeutické intervence.

OA: Předchozí léčení pro závislost na alkoholu 0, abusus na kouření, jinak žádné významné zdravotní komplikace. Pacientka je medikamentózně залéčena a má povolené samostatné vycházky po areálu léčebny. Tato žena, díky alkoholu a patologickému hráčství, přišla o své finanční zázemí a blízké přátele. Díky drobným přestupkům ve stavu opilosti a četným dluhům, finanční tíseň. Vyučena jako prodavačka, chodila do práce, ale pro opakovanou opilost několikrát propuštěna z pracovního poměru. S přítelem po rozchodu a částečném vyrovnání dluhů opět holdovala alkoholu a trávila čas v hernách a ba-

rech. Půl roku zpět, přítel vykázán z bytu pro opakované násilné přestupky na pacientce - nyní za krádež ve vazbě.

Pacientka přijata na léčení v psychiatrické léčebně Bohnice, motivována je nyní svými dcerami, které ji dávají „druhou šanci“, vnoučaty a vidinou nového života, absolvuje veškeré možnosti terapeutické intervence. Pacientka si je své závislosti na alkoholu a výherních automatech, které jí poskytovaly potřebné peníze, plně vědoma. V rámci komplexní terapie dochází vedle psychoterapie, skupinového sezení a intervencí různého charakteru, také na hiporehabilitace, kde je sestaven plán terapií.

Pacientka nyní trpí především výkyvy nálad, stavy deprese a úzkosti, trpí pocity strachu - „co, když to nezvládne a zklame své dcery“, krizové situace řeší impulzivitou, agresí a roztěkaností. Je velmi temperamentní, ale umí být čestná a je velmi zručná a pohybově nadaná. Díky své předchozí životosprávě přibrala kila navíc a není v dobré fyzické kondici. Má také problémy v navazování sociální interakce - tendence stranit se kolektivu.

Hiporehabilitace je realizována v rámci AVK, kdy se pacientce indikuje velmi temperamentní kůň, který v konfrontaci s temperamentem pacientky, suverénně dominuje. Hlavními cíli této terapie jsou: demonstrace nedostatečné fyzické kondice a návrat do kondice, navázání komunikace a vztahů ve skupině, získání systematičnosti a pracovních návyků při péči o koně, eliminace depresivních stavů, častých změn nálad, impulzivnosti, agresivity a usměrnění nezdravého sebevědomí. Průběh hiporehabilitace: Na terapii dochází pacientka ve skupině. Začíná se přípravou koně ve stáji. Tato část terapie je pro pacientku z hlediska terapeutické intervence, velmi zásadní. Při zadání úkolů se pacientka projevuje suverénně, ale při vykonávání je nesystematická - např. hřebelcuje koně chaoticky a celkově práci značně odbývá. Kůň pacientce svou nesystematičnost a suverenitu vrací neklidností a nekázní. Při názorné ukázce terapeuta, kůň poslouchá, reaguje okamžitě a dává najevo spokojenost. Po výměně a následných činnostech pacientky - např. úprava kopyt či manipulace s koněm, kůň na pacientku vůbec nereaguje, dokud neeliminuje impulzivitu, agresivitu a neztíší tón hlasu. Reakce pacientky bývají převážně tohoto charakteru. Kůň vždy pacientku neposlouchá, pokud reaguje vztekle a impulzivně. Na jízdárně

se pacientky rozdělují do dvojic, které spolu provádí cvičení, koně si navzájem vodí a na každou dvojici dohlíží terapeut. Při cvičení se dbá především na eliminaci nežádoucích faktorů u dané pacientky.

Hlavním cílem ve cvičení je především předávání zodpovědnosti, uvědomění si pracovních návyků, zvyšování sociální interakce, kdy se musí skupinově projevit a komunikovat s terapeutem. Důraz je také kladen na indikaci obtížných povelových cvičení, při kterých se musí pacientka maximálně ukázat, soustředit se a negativní projev emocí korigovat. Jen tehdy kůň poslouchá. Po cvičení a jízdě za odvedenou práci, následuje ustájení koně a rozhovor s terapeutem, který shrne a zrekapituluje celou terapii. Díky této zpětné vazbě, pacientka může pracovat na svých chybách a postupně je může eliminovat.

Vyvození závěrů: Několik prvních sérií terapie pacientka působila pasivně, odevzdaně a bez většího zájmu, protože kůň nechtěl reagovat na žádné povely. Ve stáji byla velmi chaotická a nesystematická, při neúspěchu v provedení zadaného úkolu reagovala impulzivně a zvyšovala často tón hlasu. Také v komunikaci ve skupině se neprojevovala aktivně. Po několika dalších terapiích a četných zpětných vazbách, získala pacientka opět motivaci a začala se snažit. Pochopila podstatu péče o koně a začala „svého“ koně respektovat a brát jako rovnocenného partnera, s kterým spolupracuje v jízdách. Do stáji začala přicházet klidná, mluvila v přítomnosti koně tišeji a celkově začala pracovat ve skupině. Přestala také vzdorovat v konfrontaci s terapeutem a přijala roli pacienta, který musí disciplinovaně poslouchat pokyny, které vedou ke kvalitní jízdě. Všechny tyto aspekty vedly u pacientky k přesvědčení, že by se v tomto duchu měla chovat i v běžných denních situacích, což se také stalo. Při jízdě a v přítomnosti koně se pacientka vždy dobře uvolnila a psychicky odreagovala. Ježdění se jí stalo „koníčkem“ a v budoucnu chce v jízdách pokračovat.

V tomto případě můžeme hodnotit hiporehabilitaci velmi účinně v systému komplexní péče o pacientku. Nelehké terapie s koněm, ať už ve stáji či v jízdárně, napomohly korigovat většinu nepříznivých faktorů, které vedly k blokádám v terapeutických intervencích, pro závislost na alkoholu a hracích automatech. Díky koni se pacientka „vrátila nohama pevně na zem“ a uvědomění si sama dokázala zúročit při následných psychoterapeutických intervencích a

odvykací kúře. Uvědomila si také, že vztah s mužem, jenž je alkoholik a patologický hráč, byl fatální chybou. Díky této pacientce jsem si uvědomil, jak může být hiporehabilitace velmi efektivní a přínosná, pokud je velmi exaktně indikována.

Kazuistika č. III- Downův syndrom

Pohlaví: Muž

Věk: 14 let

Dg: Downův syndrom - trizomie 21. chromozomu

NO: Jedinec dochází na hiporehabilitaci na Praze 10 - Toulcův Dvůr, kde jsem ho poznal blíže v rámci sběru dat. Dochází zde na terapie k celkovému příznivému ovlivnění stavu.

SA: Chlapec žije v úplné rodině, přičemž oba rodiče vysokoškolsky vzdělaní, oba nadprůměrný intelekt, otec podnikatel - funkce ve vrcholovém managementu, matka v domácnosti. Rodina velmi dobře finančně zaopatřena.

Chlapec má ještě sourozence - sestra, 10 let, normální fyziologický vývoj - úplně zdravá, jen běžné dětské nemoci.

OA: Snížení rozumových schopností - lehká mentální retardace, IQ 55.

Neuropsychický vývoj byl opožděný a lehce omezený, opožděný motorický vývoj - byl jako malý opožděný při osvojování vzpřimování, sedu, otáčení, plazení i chůzi. Nerovnoměrný vývoj psychických procesů.

Komunikace: Chlapec je schopný komunikovat, opožděný vývoj řeči vedl k vadám řeči - obsahově chudý projev řeči, ale korigován - má podnětné prostředí a logopedickou intervenci. Také se projevují poruchy citu a chování, u chlapce se střídá afektivní chování s pasivitou, impulzivnost, neklidnost, úzkostné stavy střídají stavy úplného štěstí, a také chybí často pud sebezáchovy. U chlapce jsou viditelné typické znaky Downova syndromu – především menší hlava, šikmo posazené oči s kožní řasou, atypický tvar úst, celkově menší vzrůst a sklony k obezitě. Konstituce těla: přítomna hypermobilita všech kloubů a komplexní svalová hypotonie.

Škola: Chlapec navštěvuje běžnou základní školu na Praze 10, 7. třída a má osobní asistentku. ZŠ, díky osobní asistentce a sestavenému individuálnímu

vzdělávacímu plánu zvládá a ve škole celkově prospívá. Na hiporehabilitaci dochází již dva roky. Nyní je rehabilitován v rámci AVK, kde je hlavním cílem udržení svalové síly a posilování, rytmická stabilizace, koordinace, navození korektního sedu, navození sebezáchovných pudů a celkové zklidnění. Před zařazením do AVK, chlapec navštěvoval rehabilitaci v rámci hipoterapie, kde bylo hlavním terapeutickým cílem posílení hypotonického svalstva a navození reflexních vzorců. Indikace terapií: 2x týdně po dobu dvou měsíců, poté 1x týdně do současnosti. Na naplánované terapie chlapec dochází téměř každý pátek a jeho matka popisuje, že se chlapec na koně těší celý týden. V den terapie, mluví od rána o koních a nezapomíná mít při sobě svou helmu, kterou dostal jako dárek k vánocům. Průběh hiporehabilitace: Na terapii chlapec dojíždí s matkou a vesele „přibíhá do jízdárny“. Kůň, kterého na tohoto chlapce používáme, je v pohybu výrazně stimulující, má širší a pružnější hřbet, je 100% flegmatik a chlapec se na něm cítí bezpečně. Na koně obvykle nasedá z rampy za asistence hipologa, který koně vodí a dále za asistence terapeuta. Chlapce je pokaždé nutné před cvičením zklidnit a nechat ho „vypovídat“, abychom pak snadněji dosáhli jeho pozornosti a soustředění.

Zprvu je chlapec také velmi hyperaktivní a na koni se vrtí a poskakuje. Osvědčilo se zpívání s matkou či terapeutem - chlapec zbystrí a soustředí se. Cílem dané jízdy je vždy pozitivní ovlivnění chlapce a nácvik výše zmíněných úkonů - udržení svalové síly, koordinace, orientace v prostoru apod. Oblíbeným cvikem je obrácený sed, kdy chlapec sedí čelem k zádi koně, a také celá řada balančních cvičení např. letadlo, kdy rozpaží ruce a zatáčí, či lehání zády na koně při jízdě. Dle jednotlivých plánů terapie se kůň sedlá nebo se strojí do madel a jedinec jezdí bez sedla.

Vyvození závěrů: U tohoto chlapce došlo díky cílené hiporehabilitaci ke zlepšení svalové síly a posílení svalového korzetu, který drží tělo ideálně vzpřímené. Pravidelnou aplikací, nejprve hipoterapie a po zvládnutí cílů AVK, došlo také k částečné eliminaci dysbalančního postavení v držení těla. U chlapce se korektně vycentrovalo těžiště, vybudovaly se návyky pro korektní sed a došlo ke korekci patologických reflexních vzorců. Jako nejdůležitější přínos hodnotím ovlivnění hypotonického svalstva stimulačním koněm a indikací různě

ných terénů. V tomto případě, můžeme hodnotit hiporehabilitaci jako velmi přínosnou. Chlapec se díky změně prostředí, udržení zdravotního stavu v kondici a vhodné intervenci terapeuta stabilizoval v projevech nálad, impulzivity a senzitivity. Hlavním médiem byl v našem případě kůň, který svým tvarem a velikostí naprosto upoutal pozornost chlapce.

6.1.3 Neurologické indikace

Kazuistika č. IV - DMO

Pohlaví: Žena

Věk: 16 let

NO: S pacientkou jsem se setkal v psychiatrické léčebně - Bohnice na socioterapeutické farmě, kam docházela 2x/týden v rámci hiporehabilitační intervence.

Dg: Diparetická forma DMO

RA: Matka ani otec nemají v anamnéze dědičné souvislosti s DMO, oba běžné dětské nemoci, oba vysokoškolsky vzdělaní, od tří let věku dívky jsou rodiče rozvedeni, dívka vyrůstala v neúplné rodině se svou matkou a bratrem. Dopomoc při výchově a běžných denních úkonech babičkou.

OA: Dívka je z druhého těhotenství, průběh fyziologický, gravidita bez komplikací, porod byl v termínu, bez komplikací a standardně. Do jednoho roku psychomotorický vývoj v normě. Ve dvou letech diagnostikována DMO, vývoj byl opožděný a nefyziologický, chodit začala ve 2,5 letech. Starší bratr z prvního těhotenství bez komplikací, zdráv.

Snížení rozumových schopností 0, neuropsychický vývoj opožděn lehce, spastické svalstvo - obzvláště obě dolní končetiny. Korigováno fyzioterapií - Vojtova metoda, Bobath koncept.

Nyní těžší stupeň spasmu svalstva dolních končetin, lehčí omezení pohybových schopností na obou pažích a rukou. Emočně spjata s matkou, hypersenzitivní a velmi citlivá, v navazování sociální komunikace je velmi pasivní. Stydí se za svůj handicap, který je patrný již na první pohled, díky svalovým spasmům. Komunikace: omezena - střední forma dysartrie – korekce logopedickou intervencí, přesto však řeč zpomalená, artikulace těžká a je přítomna

rychlá unavitelnost. Dívka je plně soběstačná a zvládá veškeré denní aktivity. IQ bylo naměřeno 126, což považujeme za nadprůměr. Díky rozvodu rodičů dívka emočně rozladěná a rozvod chápe jako svou vinu. S otcem se stýká, ale nepravidelně.

Škola: Dívka docházela do běžné ZŠ, kde prospívala s vyznamenání. Nyní na střední škole, kde studium zvládá bez obtíží. Chtěla by v budoucnu na vysokou školu, je humanitně laděná. Ke studiu využívá notebook, na kterém píše a je zkoušena písemnou formou. Nevyžaduje IVP, dostává dostatek času a prostoru, pro adekvátní dosahování studijních výsledků.

Průběh hiporehabilitace: V rámci hiporehabilitace dívka navštěvuje hipoterapii 2x v týdnu. V tomto případě využíváme odvětví hipoterapie, protože potřebujeme ovlivnit především těžké svalové spasmy dolních končetin, je potřeba nalézt těžiště těla, zlepšit celkovou fyzickou kondici, trénovat balanční cviky a navozovat fyziologické vzorce bipedální chůze.

Koně volíme většího, klidného a s téměř strojovým mechanismem chůze, který navozuje svou chůzi reflexní podmínky a vzorce k fyziologické bipedální chůzi. Díky svému bio teplu a klidné povaze, kůň ovlivňuje svalové napětí a dívka působí velmi klidně. Využíváme především asistovaného sedu, kterým korigujeme ideální nastavení pánve, sedu a celkového vzpřímeného držení trupu. Také s touto dívkou využíváme různých polohovacích cviků, např. přes hřbet koně, které má dívka velmi ráda a využíváme také obráceného sedu.

Hipoterapie se nese v aktivnějším duchu a pro navozování podmětů se často střídá terén či tempo chůze. Po několika sériích hipoterapie dívka reaguje velmi kladně, s koněm a terapeutem si během celé jízdy vesele povídá a získává sebedůvěru. Svalové napětí se pravidelnou jízdou objektivně snižuje a navození fyziologických vzorců chůze způsobuje i lepší krokovou fázi při běžné chůzi. Eliminujeme tedy částečně patologické vzorce chůze, které jsou v našem případě v nastavení celých dolních končetin - chodidla se stácejí dovnitř a kolena se dotýkají a lehce se kříží. Volíme náročnější balanční cvičení při jízdě.

Podstatným momentem terapie je i samotná příprava koně ve stáji. Dívka je samostatná, ale díky „přehnané“ péči matky je zvyklá na vedení a pokyny. Tento fenomén se snažíme eliminovat a dívku vedeme k samostatnějšímu

rozhodování a jednání. Díky hřebelcování a úpravě koně, dochází ke zlepšení pohyblivosti v pažích a rukou, a také ke zlepšení taxy, koordinace, jemné a hrubé motoriky. S dívkou se pracuje individuálně a ve stáji se při práci a přípravě koně snažíme o sociální interakci. Díky koním a odpoutáním pozornosti, dívka rychleji komunikuje, ztrácí mantinely v projevu řeči a do přípravy koně a jízdy zařazujeme zpěv a říkanky, kdy dochází k tréninku artikulace.

Vyvození závěrů: Pravidelnou jízdou a hipoterapií došlo k objektivnímu zlepšení svalového napětí, kdy se povedlo ovlivnit těžší svalový spasmus. Také došlo ke zlepšení v chůzi, kdy se zvýšil rozsah pohyblivosti v kyčelních, kolenních kloubech a došlo k protažení zkrácených svalových skupin. U dívky také došlo ke zlepšení v držení těla, zvýšil se rozsah pohyblivosti v obou pažích, rukou a zlepšila se jemná i hrubá motorika. Kontakt s koňmi a terapeutů odboural překážky v komunikaci a dívka začala více komunikovat, má nyní motivaci a pravidelně dochází na logopedii a foniatrii, kde chce zlepšit svou řeč a cítit se ve společnosti lépe. Po třech měsících intenzivnější hipoterapie došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu dívky. Zlepšil se také projev ve škole, který potvrzuje třídní učitel a také v sociální interakci při navozování komunikace. Doufejme, že motivace dívky vydrží a bude chtít stále poctivě trénovat, aby se její zdravotní stav optimalizoval. Po viditelném zlepšení totiž dívka začíná „lenivět“ a objevují se tendence vymlouvat se ze cvičení, protože se cítí subjektivně lépe a má objektivní výsledky. Proto se také doporučilo dívce pokračovat v hiporehabilitaci v rámci aktivit s využitím koní, na které by docházela 1x týdně a udržovala se v dobré kondici.

Při metodách komplexní terapie, především fyzioterapií došlo ke zlepšení. Pacientku však náročné cvičení přestalo bavit a cvičit se jí doma i na rehabilitacích nechtělo. Díky zařazení hiporehabilitace do systému komplexní péče s cílem udržet optimální stav, se však dívka po zdravotní i psychické stránce, nenásilnou formou, rapidně zlepšila a pro dívku „nepodnětné cvičení“, nahradila jízda na koni.

Kazuistika č. V - Stav po CMP

Pohlaví: Žena

Věk: 47 let

S touto pacientkou jsem se setkal ve své soukromé klinické praxi a na základě vyšetření lékaře jsme sestavili krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán, kde je zahrnuta také hiporehabilitace a řada vybraných metod fyzioterapie.

Dg: Stav po CMP - cévní mozkové příhodě, krvácení do mozku.

RA: V souvislosti s touto dg. bezvýznamná.

OA: Před tímto stavem, běžné dětské nemoci, operace 0, farmakologická léčba 0.

NO: Pacientka přichází na kliniku pro doléčení stavu po CMP následkem těžké dopravní autonehody. Diagnostikováno bylo krvácení do mozku v důsledku těžkého úrazu hlavy s následnou pravostrannou hemiparézou těžšího stupně. Nejprve absolvovala pobyt v rehabilitačním ústavu Kladruby, nyní v mé klinické praxi.

PA: Před nehodou pracovala jako účetní, nyní v plném invalidním důchodu.

SA: Žije s manželem v Praze, přízemí rodinného domu, odkázána na péči druhé osoby v dopomoci při běžných úkonech dne.

Vyšetření: Pacientka je nyní odkázána na invalidní vozík, při nácviku chůze - jen v chodítku a s dopomocí druhé osoby. Následkem CMP, krvácením do mozku, hemiparéza pravé poloviny těla, paréza lícního nervu centrálního původu, obrna poloviny obličeje, především koutek úst a spadlé víčko oka, necitlivost obličeje. Tato obrna lícního nervu, řešena nejprve rehabilitací pro zlepšení stavu současně s logopedickou intervencí. Řeč tedy díky komplexní intervenci částečně zachována. Následkem CMP snížení citlivosti v pravé ruce a noze, ztráta funkce, reflexy na pravé straně těla bez výbavnosti, funkce ruky - jen hrubá motorika, držení těla ve spastickém postavení, díky stavu po CMP sekundárně VDT, toto vadné držení těla v patologickém postavení způsobuje sníženou připravenost pro obnovu lokomoce a narušení hlubokého stabilizačního systému, který drží celý svalový aparát a vzpřimuje postavení těla. Pravá horní i dolní končetina - velmi snížená pohyblivost, citlivost, čítí a především markantní přestřelování pohybů - pacientka nezaměří cíl pohybu - ataxie.

Pacientka je na sebe velmi přísná, vše se snaží dělat pokud možno sama, velmi dobře spolupracuje na zlepšení jejího stavu. Muž pacientky na každé rehabilitaci vzorně asistuje dle mých pokynů a v domácím prostředí plní pokyny pro nácvik dalších metodiky RHB.

Po sérii dlouhodobých rehabilitací došlo díky navozování reflexních vzorců Vojtovou metodou a metodou Bobath k výraznému zlepšení pohyblivosti, citlivosti a vnímání končetin na pravé straně. Příprava svalů pro nácvik chůze také ideální, lokomoce však jen krátkodobá v rámci tréninku a stále zafixované patologické vzorce chůze. Svalový aparát nutný pro navození vzpřimovacích reflexů optimálního držení těla a svalového napětí- stále slabý, rychle unavitelný a spastické držení pravé poloviny těla stále převažuje.

K metodám komplexní fyzioterapie tedy zařazuji hiporehabilitaci, v našem případě přesněji hipoterapii.

Průběh hiporehabilitace: Na hipoterapii pacientka docházela v Praze 10 - Toulcův dvůr, kde si jednotlivé jízdy hradila sama. S vedoucí terapeutkou byla dohodnuta indikace jízd 2x týdně po dobu třech měsíců, po té konzultace a zhodnocení výsledků.

Na terapie jsem v rámci svého volna docházel 1x týdně a při terapiích asistoval.

Pacientka vzhledem k invalidnímu vozíku nasedala na koně z rampy a jednotlivé terapie byly realizovány hipologem, fyzioterapeutem a případnou korekcí. Hlavními cíli hipoterapie bylo navozování vzpřimovacích reflexů, navozování chůze, balanční cvičení pro zapojení hlubokého stabilizačního systému, také dodání sebedůvěry a orientace v prostoru. Kůň byl indikován pro účely terapie klidný, relaxační a především s ideálním typem chůze- téměř strojová přesnost kroku. V jednotlivých jízdách se prováděl nácvik korektního sedu, balanční cvičení, polohování a poté mazlení a hlazení koně, zejména pravou končetinou- to pro uvolnění spastického držení, nácviku motoriky a taxy.

Vyvození závěrů: Během tří měsíců došlo k markantnímu zlepšení v držení těla, k ovlivnění svalového napětí - díky teplotě a inhibici koně, pacientka se lépe pohybovala v prostoru, získala fyzickou kondici a jistotu při zvládnutí některých denních činností.

Díky hipoterapii došlo k částečnému odbourání patologických vzorů při lokomoci. Pacientka se v současné době stále pohybuje na invalidním vozíku, ale v chodítku díky hipoterapii může trénovat intenzivněji, kvalitněji a došlo především k vylepšení v nášlapné fázi kroku a následné fixaci. Pacientka také udává, že se jí díky „miláčkovi“ (koni), vrátily nohy alespoň na hřbetu koně, což ji velmi psychicky posílilo.

Můžeme tedy konstatovat, že díky správně indikovanému zařazení hipoterapie do komplexní léčby došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu této pacientky. V současné době pacientka pro udržení fyzické kondice a stálému tréninku, dochází na hiporehabilitace 1x týdně, kdy absolvuje i vycházkové jízdy v přírodě s různou náročností terénu. Na klinické pracoviště v rámci fyzioterapie, dochází 1x za tři měsíce, kdy absolvuje komplexní vyšetření a rehabilitaci dle stavu.

6.2 Vybrané metody PNF a SPPG praxe

6.2.1 Somatopedie a SVPŠD

Kazuistika č. VI - VDT, SVPŠD - dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, ADHD

Pohlaví: Muž

Věk: 13 let

NO: S tímto chlapcem byla realizována kazuistika v mé soukromé klinické praxi v Praze. Chlapce přivádí matka pro výrazné VDT a koordinační problémy - časté pády a úrazy (opakované lehčí kontuze mozku, pohmožděníny, pády - zakopnutí apod.). Tyto poruchy koordinace bez neurologické symptomatologie a podkladu vylučují motorickou poruchu na základě objektivních fyzioterapeutických a kineziologických testů - jednalo se pouze o nevyzrálé a neúčelné využití pohybu se současnou „zbrklostí“ a hyperaktivitou. Objektivní neurologické vyšetření neurologem tuto tezi potvrdilo - vyšetření neprokázalo motorické poruchy koordinace či poruchy řízení na neurologickém podkladě.

Po prvních terapiích a dle anamnézy + rozhovoru s matkou - podezření na dílčí deficity SVPŠD a ADHD. Doporučil jsem klinické vyšetření PPP na Praze 4.

PPP prokázána dyslexie, dysgrafie a dyskalkulie s ADHD bez agresivity - jen s mírnými výkyvy impulzivity. Tato skutečnost byla zastřena nadprůměrným IQ (133), díky kterému na první pohled chlapec nepůsobil jako jedinec s SVPŠD. Tyto obtíže se objevovaly, byl-li chlapec unavený, ve stresové situaci a pod tlakem (časová tíseň, rychlé tempo, těžší prověření, více učiva).

Dg: VDT, ADHD - syndrom narušené pozornosti spojený s hyperaktivitou, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie.

RA: Matka nyní v domácnosti, VŠ vzdělání; otec podnikatel - reality.

Chlapec vyrůstá v úplné rodině, má dva sourozence - starší bratr 22 let (VŠ vzdělání - IT), starší sestra 25 let, (VŠ - ekonomie), žije mimo domov s manželem.

Školní obtíže v rodině: Matka - impulzivita, poruchy soustředěnosti, neurotické projevy; otec - mírná dysgrafie - přeúčený levák.

OA: Chlapec z třetího těhotenství, fyziologický průběh, porod císařským řezem.

Poporodní vyšetření: Reflexy bez patologie, neurofyziologický vývoj v normě, tendence k hypertonii svalstva a ke křečím při vynucování si krmení a pláči, výrazná fixace na matku, v raném věku občasné noční pomočování.

Ontogenetický vývoj: v 6. měsíci byl „línější se otáčet“ na obě strany (jevil se jako 3. měsíční), lezení 7. měsíc, chůze bez opory: 13,5. měsíc, od této chvíle začal být velmi rychlý, neposeděl, nutná stálá kontrola.

Od narození byl neklidný + neklidné spinkání, od cca 1. roku: hyperaktivní, roztěkaný, zbrklý - co se pohybu týče. Po verbální stránce díky podnětnému prostředí velmi mluvný a vybavený (extrovertní typ). Často rychlé vyjadřování bez přemýšlení, výborná výbavnost paměti, udržení pozornosti: krátkodobé a nestabilní.

Již od první třídy školní docházky časté ztráty osobních věcí, neopatrné manipulování s věcmi, časté rozbíjení předmětů, neúmyslně.

Škola: MŠ, do ZŠ nastoupil v 7 letech, neprojevoval výrazné obtíže v osvojování si čtení a psaní. Na ZŠ nebyly přítomny výraznější dílčí poruchy SVPŠD - nedostatky kompenzoval svým nadprůměrně vysokým IQ - 133.

Ve škole neměl problém s učivem a nikdy se na učivo nepřipravoval. Časté kázeňské postihy - za pozdní příchody do třídy (zapovídal se cestou nebo někde tropil „klukoviny“) a za vyrušování - nikdy nebyly uděleny závažné kázeňské postihy.

Na ŽŠ po diagnostice v PPP navrhnout IVP, ale rodiče a chlapec odmítli. Je vyučován ve stejném rozsahu, jen nastaven individuálnější přístup - není kladena časová tíseň a tlak (např. při diktátech, matematických úlohách atd.), je také voleno ústní přezkoušení a jiný individuálnější přístup.

Průběh terapeutické intervence a využití vybraných metod fyzioterapie:

Hlavními cíli terapeutické intervence, po komplexním vyšetření jsou: kompenzace VDT (hrudní hyperkyfóza, ramena držena protrakčně, inaktivita svalů hlubokého stabilizačního systému, hyperlordóza, klopení pánve, křížokýčelní posun, mírná Th skolióza, zkrácené a přetížené velké svalové skupiny, přetížená přímá břišní stěna, chybný stereotyp dýchání - povrchové dýchání bez zapojení bránice), aktivizace svalového korzetu ve správném stereotypu, ošetření měkkých tkání, nácvik automobilizačních technik, aktivace a stabilizace hlubokého stabilizačního systému - sagitální stabilizace trupu, „unavit“ chlapce, zlepšit soustředěnost, náročnými cviky eliminovat hyperaktivitu a občasnou impulzivitu, střídát terapii zaměřenou na koordinaci a aktivaci s terapií na relaxaci a uvolnění.

Metody, které jsme využívali:

Vojtova metoda: Aktivace svalových skupin ve fyziologickém vzorci, které dosud pracovaly patologicky či nepracovaly vůbec - náprava; komplexní změna v zapojení svalových vzorců a držení těla- aktivace reflexního plazení a reflexního otáčení; ovlivnění funkcí - vegetativní funkce, stereotyp dýchání atd.; nácvik přetáčení z polohy 6. měsíce.

Bobath koncept: Zde jsem aplikoval tlak a odpor; placing - autonomní adaptace svalů na posturální změnu; holding - fixace a kontrola polohy; tapping - stimulace poklepem, tlakem, hlazením, třesením, trakcí.

AKT: Využití metody Rozwithy Brunkow - cílené napřimění a aktivace svalů páteře; stabilizace a koaktivace svalů trupu a končetin - přetáčení ze sedu na čtyři unblock, vzpěrná cvičení na čtyřech, poloha dítěte 4. – 7. měsíc-

otáčení ze zad na břicho - vzpěrem o loket spodní horní končetiny a akrální části dolní končetiny, dochází k napřímení páteře a dokončení pohybu otočení.

DNS: Provedli jsme několik ucelených testů dle prof. Koláře - brániční test, testování nitrobřišního tlaku, test flexe kyčelních kloubů, test flexe hlavy a trupu, test extenze těla, test v poloze na čtyřech - to nám podalo informaci o aktivitě břišní stěny, součinnosti hrudníku a nastavení páteře. Na základě těchto zhodnocených aspektů jsme aplikovali vývojovou polohu 3. a 6. měsíc v poloze na břiše a zádech + postupné využití therabandu v těchto polohách.

Metoda senzomotorické stimulace: V ordinaci jsme provedli nácvik na bosu, mini trampolíně, balančních čockách, naučil jsem chlapce využívat black roll a korigovaný sed na gymnastickém míči.

Po dohodě s třídním učitelem a pedagogem byly tyto pomůcky rodiči chlapce zakoupeny do třídy tak, aby je mohl chlapec cíleně využívat např. o velké přestávce a mezi výukou.

Dechová gymnastika a využití jógy: Nácvik bráničního dýchání; pozice z jógy pro prodýchání a celkové zklidnění organismu (těžší polohy se stereotypem dýchání + nácvik poloh na doma).

Kineziotaping: Tejpování přetížených svalových skupin a korekční vazivová technika pro stabilizaci páteře a pánve.

Vyvození závěrů: Tuto terapeutickou intervenci můžeme považovat za velmi efektivní a účinnou. U chlapce se „rozklíčovala“ celá řada dílčích problémů, které jsme řízeným nácvikem a kompenzací ideálně odstranili. Dále se objektivně diagnostikovaly dílčí obtíže ve SVPŠD, čímž se nyní chlapci psychicky ulevilo ve školním prostředí. Objektivně došlo ke zlepšení koordinace, soustředěnosti, systematičnosti a především k částečné eliminaci hyperaktivity a neklidu, což se pozitivně promítlo ve školním prostředí - téměř žádné kázeňské postihy atd. Tuto změnu pozitivně uvítali především pedagogové chlapce.

Po dohodě s ředitelem školy, třídním učitelem a pedagogy jsme do třídy instalovali balanční pomůcky (gymnastický míč, BOSU, mini trampolínu; black roll a více dohlédli na kvalitu a stereotyp sedu a výcvik „pohybové kultury“). Tím, že se ostatním žákům ve třídě balanční pomůcky zalíbily, tento

chlapec mnoho energie vložil do výkladu a ukázek, jak na nich korektně cvičit atd., čímž podstatně eliminoval svou hyperaktivitu.

Cílenou adekvátní fyzickou aktivitou, koordinačním cvičením, pozornostními prvky, učením systematickosti, komunikací, plněním úkolů, korekcí dechového stereotypu atd., se nám podařila ideálně kompenzace VDT, koordinace, hyperaktivity a impulzivity.

Tyto změny a individuální zlepšení byly dle slov pedagogů patrné i u ostatních žáků, kteří tento systém intervence přejímaly. Rodiče dodávají, že i ošetření na traumatologii rapidně kleslo a přiblížilo se nule.

Dovolím si tvrdit, že pokud by byl tento systém terapeutické intervence aplikován ve SPPG a specializovaných třídách, kde by byl i větší časový prostor a individuálnější přístup, mnohé by se zlepšilo. Případ tohoto chlapce není jistě ojedinělým.

6.3 Vybrané metody fyzioterapie a SPPG praxe

6.3.1 Kombinované vady - somatopedie, psychopedie a logopedie

Kazuistika č. VII – DMO - kvadruparetická forma, MR - středně těžká forma, psychomotorická retardace, epilepsie, narušení komunikačních schopností- balbuties

Pohlaví: Žena

Věk: 29 let

NO: S touto ženou se setkávám během klinické stáže na rehabilitační klinice prof. Koláře v Praze.

Diagnóza: DMO - kvadruparetická forma, MR - středně těžká forma, psychomotorická retardace, epilepsie, narušení komunikačních schopností- balbuties

RA: Matka – podnikatelka - design, VŠ vzdělání; otec - lektor cizích jazyků, VŠ vzdělání - pedagog.

Žena vyrůstala v úplné rodině bez sourozenců. Zdravotní komplikace rodičů 0.

OA: Žena z prvního těhotenství; porod ve 40. týdnu, spontánní; infarkt placenty; krvácení do mozku - perinatální, hypotrofie - perinatální. Žena po porodu dva měsíce v inkubátoru.

Ontogenetický a psychomotorický vývoj:

Po porodu již patrná psychomotorická retardace; od 9. měsíce života RHB - Vojtova metoda (pro hypertonii, která byla později diagnostikována jako kvadraparetická forma.

Otáčení na břicho kolem 1. roku, sed ve dvou letech, chůze s oporou kolem 3. roku; chůze bez opory 0.

Řeč a komunikační schopnosti: Počátky kolem 4. roku, výrazně zhoršená srozumitelnost; později logopedem diagnostikována koktavost. Během dětství prodělala několik epileptických záchvatů (někdy jen porucha vědomí, někdy porucha vědomí + tonicko-klonické křeče); chirurgická korekce na dolních končetinách - korekce prstů.

Hrubá a jemná motorika: Hybnost omezena; kyfotické držení + vpáčený hrudník; DKK - spasticita + flekční kontraktury (kolena, kyčle - omezují extenzi dolních končetin; HKK - spasticita; pohyb na vozíku - sama s dopomocí a omezením; stoj s dopomocí; chůze s oporou. Jemná motorika - patologická-neobratnost prstů, ale udrží předmět; dominantní levá ruka - touto rukou se nají sama, napije se z hrnku, vyčistí si zuby; úchop pinzetový; Sebeobsluha - udržuje čistotu během dne, na WC s dopomocí na nočník, na noc jsou dávány pleny; hygienické návyky vytvořeny; stolování zvládá sama, ale pomaleji; oblékání a svlékání s mírnou asistencí.

Osobnostní rysy: Navazuje sociální kontakt, je mírumilovná a dobrosrdečná. Vždy pozitivně naladěná, nemá problémy s adaptací na nové věci. Miluje hudbu - poslech rádia, těší se na koncerty, které ráda navštěvuje.

Psychomotorický vývoj: od raného věku snížení intelektu; rozumí mluvenému slovu, sama zvládne klást jednoduché otázky. Koncentrace a pozornost: velmi nestabilní a krátkodobá; Sluch: výrazně vyvinut, žena ráda poslouchá hudbu a při hudbě zpozorní. Gnostické funkce: poznává některé barvy, předměty, čísla, písmena; časově horší orientace.

Komunikační schopnosti: Dýchání: povrchové a narušené; chybí brániční dýchání; výdechová vlna slabá. Hlas: tichý, nevýrazný, kolísá síla hlasu; smích hlasitý. Výrazná obtíž s dýcháním a fonací; hybnost mluvidel: nedostačující, pohyby nepřesné a chaotické. Mimika: rozvinutá; retný závěr vytvoří; žvýkání: narušené - předozadní pohyb jazyka; přítomna hypersalivace - neuvědomělá z důvodu nižší citlivosti v obličejové části; jazyk: výrazně omezený pohyb (slabý). Komunikace: verbální, rozumí pokynům, expresivní složka řeči - obtížné vyjadřování, výraznější spasticita při řeči; plochá slovní zásoba, pomalé tempo, dysartrická řeč s výrazným zakoktáním (ví, co chce sdělit, avšak pro klonickou koktavost náročnou větu nedokončí), odpoví své jméno, ale ne věk a příjmení; komunikuje ráda a využívá jen pozitivní a slušné výrazy.

Výchova a vzdělání: Žena vyrůstala s matkou a otcem - žena od raného věku navštěvovala stacionář. Rodiče poté nezvládli psychicky kombinované postižení ženy a došlo k umístění do ústavní péče.

Žena zbavena povinné školní docházky - navštěvovala speciální ZŠ; IVP: rozvoj hrubé a jemné motoriky, sebeobsluhy, komunikace, rozvoj smyslů. Nedosáhla základní úrovně čtení a psaní, grafomotorika však mírně rozvinuta.

Ženu si později vzala opět do péče matka, která se o ni stará s asistentkou dodnes.

Průběh terapeutické intervence a využití vybraných metod fyzioterapie:

Hlavními cíli terapeutické intervence jsou především: celkové snížení spasticity; dechová gymnastika pro nácvik dechové vlny a kapacity; výcvik hrubé a jemné motoriky; logopedická intervence; výcvik co největšího možného stupně soběstačnosti a integrace ženy do společnosti v co nejvyšším možném stupni.

Metody, které byly využívány:

Vojtova metoda: Aktivace svalových skupin ve fyziologickém vzorci aktivací zón; aktivace reflexního plazení a reflexního otáčení; ovlivnění funkcí vegetativní funkce, stereotyp dýchání atd.; nácvik polohy 6. měsíce.

Také pro epileptické záchvaty byla Vojtova metoda metodou první volby - Vojtova reflexní lokomoce počet záchvatů objektivně snižuje či je dokon-

ce eliminuje. Jsou případy, kdy u jedinců s prokazatelně přítomnou epilepsií (EEG), nedochází díky intenzivnímu cvičení metody k záchvatům.

Bobath koncept: Tlak a odpor; placing - autonomní adaptace svalů na posturální změnu; holding- fixace a kontrola polohy; tapping - stimulace poklepem, tlakem, hlazením, třesením, trakcí.

AKT - využití metody Rozwithy Brunkow - cílené napřímení a aktivace svalů páteře; stabilizace a koaktivace svalů trupu a končetin vzpěrným cvičením vyvolanými reflexy (podmiňování nepodmíněných reflexů).

Dechová gymnastika: Rytmičké cvičení zaměřené na koordinaci dýchání, efektivitu a hospodaření s dechem; nácvik bráničního dýchání; pozice z jógy pro celkové zklidnění organismu.

MMT: Pasivní protažení měkkých tkání, aktivní cvičení, automobilizační cvičení, aplikace Black roll.

Metoda senzomotorické stimulace: Využití velkého gymnastického míše- cviky na uvolnění spasticity a protažení tkáně; využití balančních čoček a klínu pro sezení a nácvik náslapu a statické fáze kroku v chodítku.

Kenny koncept: Uvolnění svalových spasmů- aplikace horkých zábalů, aplikace tepla, manuální protahování měkkých tkání- protažení kůže, fascie, svalu a následná stimulace funkčně oslabeného svalu.

Kineziotaping: Inhibice přetížených spastických svalů (především adduktory kyčlí, extenzory kyčlí, paravertebrální svaly, svaly paže atd.); facilitační technika- mimické svaly.

Orofaciální regulační terapie: Indikována pro potíže s dechem a fonací, pro narušení motoriky mluvidel, hypersalivaci, pro neefektivní polohu hlavy a nastavení čelisti, pro potíže se žvýkáním a oslabený jazyk.

Aplikace této metody ideálně po rehabilitaci či Kenny zábalách, kdy byla žena více uvolněná a spasmatické svaly byly v inhibici. Využívali jsme uvolnění mimických svalů měkkými technikami, stimulaci motorických drah obličeje a poté mimických svalů, míčkování a stimulaci dutin v obličeji pro podporu dýchání + akupresurní body; v závěru kladen důraz na cvičení na polohu a posílení jazyka či masáž dásní a patra.

Vyvození závěrů: Na tuto komplexní terapeutickou intervenci žena velmi kladně reagovala a přinášelo to kýžený výsledek. Netvrdíme, že veškerý přístup pacientu nadchl, ale v tomto komplexním přístupu se ničemu nebránila, aktivně spolupracovala a vše probíhalo bez komplikací- bylo patrné uvolnění. Žena dále navštěvovala řízené muzikoterapie, kdy hudba přinášela ženě libé pocity a navíc při relaxační hudbě došlo k výraznému snížení spasmu těla. Naučila se také několik písní a při zpěvu se výrazně vytrácely poruchy fluence řeči. Nezbytné bylo i zařazení logopedické intervence - žena bohužel specializovaného logopeda nenavštěvovala, byla pouze na vyšetření, které určilo diagnózu. Proto jsem doporučil pro opožděný vývoj řeči a klonickou balbuties s dysartrií vyhledat klinického logopeda, který by s ženou řízeně pracoval. V logopedii byl hlavním cílem především celkový rozvoj komunikace (získání slovní zásoby), zlepšení motoriky mluvidel, nácvik správného dýchání a koordinaci dýchání s fonací (nasazení hlasu, kontrola hlasu - síla, tempo, výška), výuka jednoduchého hudebního nástroje vzhledem k pozitivnímu vztahu k hudbě.

Sestavená komplexní péče byla velmi příznivá, splnila veškeré terapeutické cíle a objektivně došlo k mnoha zlepšením - např. dechový objem se zvětšil, není tak markantní kolísavost hlasu, mírně se zlepšila i dechová vlna, motorika a koordinační činnost mluvidel.

Je třeba s ženou nadále pracovat a pokračovat v započaté práci, protože byla stále patrná neideální poloha hlavy při mluvení - tím zvýšení spasticity; přetrvávala hypersalivace a jazyk nebyl stále ideálně kompenzován. Pro psychický stav a celkové zlepšení této ženy je tato komplexní terapeutická intervence velmi důležitá. Našli jsme cestu, kterou se vydat, abychom došli k výraznému zlepšení. Nyní zbývá po ní kráčet a krok po kroku se přibližovat cíli terapie.

7 Analýza dat

„Nevěřte všemu, co se Vám k věření předkládá:

Zkoumejte vše a přesvědčujte se o všem sami!“

- Jan Amos Komenský -

7.1 Vyhodnocení dotazníku č. I

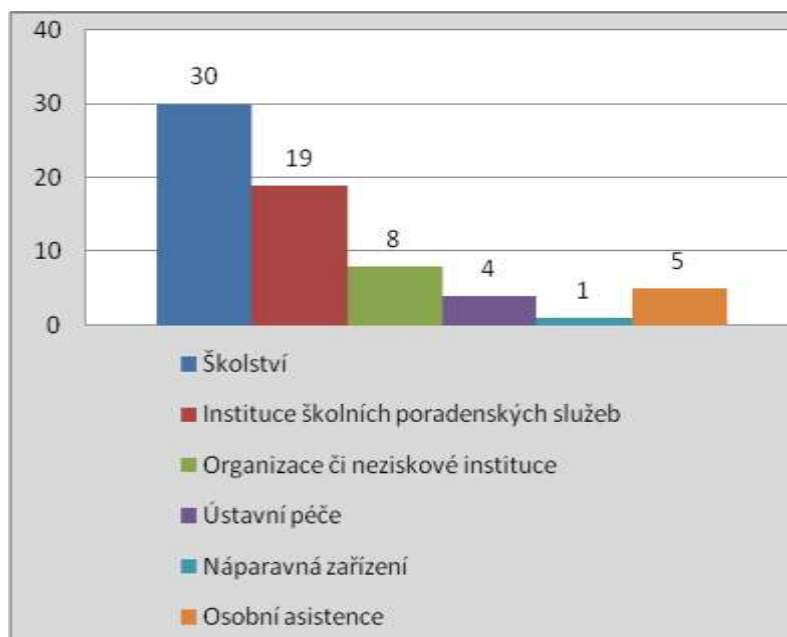
Dotazník č. I, viz příloha, byl sestaven pro získání dat z oblasti speciální pedagogiky. Cílovou skupinou byli speciální pedagogové působící v jakémkoli odvětví svého oboru, přičemž cílem bylo zjistit, zda speciálně pedagogická odborná veřejnost nachází interdisciplinární pojitko s fyzioterapií, zda nějaké metody z fyzioterapie při intervenci se speciálně pedagogickým jedincem využívá, a když ano či ne, tak proč a jakým způsobem. Hlavní myšlenkou tohoto dotazníku bylo také získat úhel pohledu, který je nutný přičíst v celkovém zhodnocení hypotéz.

Zopakujme, že celkem bylo rozdáno 90 dotazníků (60x v tištěné podobě, 30x v elektronické podobě). Dotazník byl rozdán v tištěné podobě do oblasti školních poradenských služeb a speciálně pedagogických institucí v Praze - PPP (Praha 4), SPC (Praha 10), do škol pro sluchově a zrakově postižené jedince (Praha 1, 3), do škol, kde se pracuje s jedinci alternativní metodou - např. Waldorfská škola (Praha 4), do zařízení s ústavní péčí, do oblasti školních poradenských služeb atd. V elektronické podobě byl rozeslán mezi speciální pedagogy, kteří vystudovali na UK a UJAK Praha obor SPPG a aktivně působí v různých odvětví SPPG.

Zpět se nám vrátilo 63 zodpovězených dotazníků (39x tištěná podoba; 24x elektronická podoba), což lze považovat za uspokojivý vzorek, který na danou problematiku může vnést reálný objektivní pohled. Vzhledem k širšímu rozptylu mezi respondenty získáváme komplexní zásah.

Vyhodnocení:

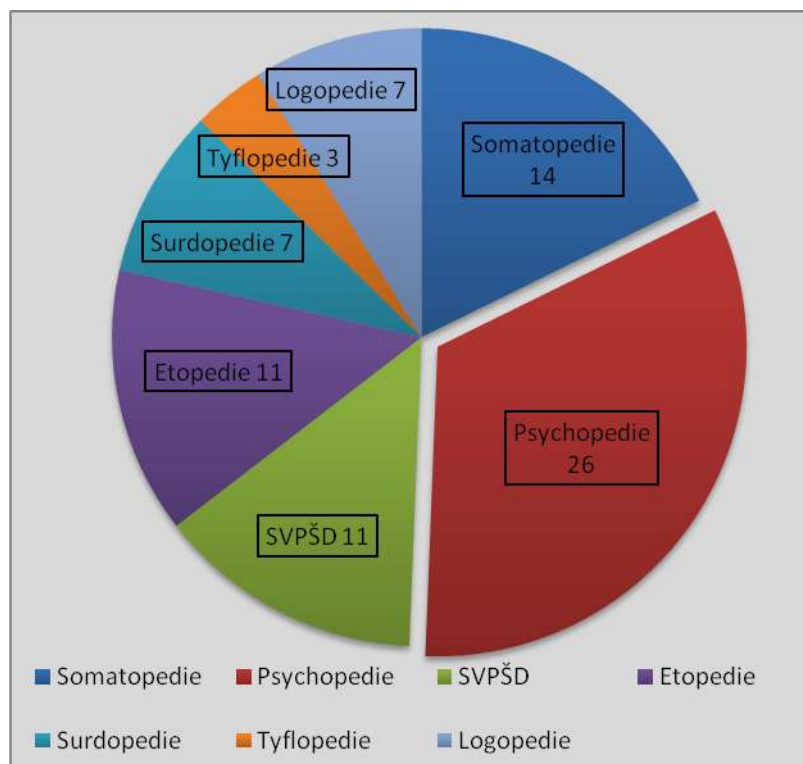
54 dotázaných respondentů, tj. 86% mělo vysokoškolské vzdělání; 4 respondenti, tj. 6% vyšší odborné vzdělání a 5 respondentů, tj. 8% vzdělání středoškolské.



Graf 1: Oblast působitě dotazovaných speciálních pedagogů

Graf 1 odpovídá na otázku: Ve které oblasti speciální pedagogiky působíte? Respondenti mohli vybrat více než jednu možnost, takže procento vzrostlo na více než 100%.

Nejvíce respondentů bylo z oblasti školství a z oblasti školních poradenských služeb.



Graf 2: Zaměření a působíště dotázaných speciálních pedagogů

Graf 2 odpovídá na otázku: Který obor speciální pedagogiky je Vám v rámci zaměření či působení nejbližší? Respondenti mohli vybrat více než jednu možnost, takže procento vzrostlo na více než 100%.

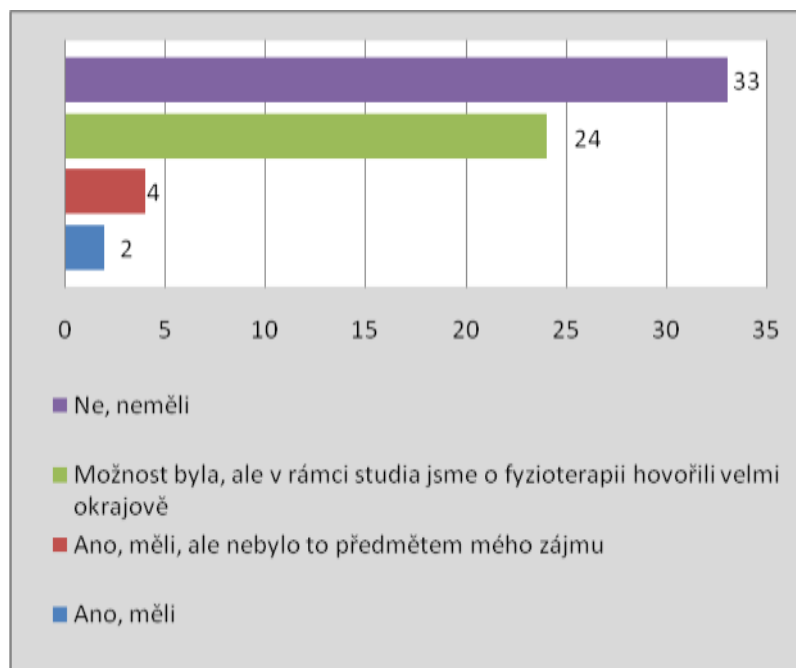
Z výsledků tedy vyplývá, že nejčastějším zaměřením dotazovaných speciálních pedagogů byla oblast psychopedie, somatopedie, specifických vývojových poruch školních dovedností a etopedie. Z oblasti tyflopédie odpovědělo nejméně respondentů.



Graf 3: Náhled speciálních pedagogů na obor speciální pedagogiky, ve spojitosti s jinými obory (oblast lékařství)

Graf 3 odpovídá na otázku: Považujete obor speciální pedagogiky, ze svého subjektivního hlediska jako obor humanitně zaměřený a již plně ucelený či jako obor, jenž se opírá o lékařské odvětví, z medicínských empirií vychází a z lékařského odvětví může ještě čerpat nové poznatky a metody využitelné v praxi?

Z analýzy této otázky vyplývá, že převážná většina dotazovaných speciálních pedagogů nahlíží na speciální pedagogiku jako na obor, který z lékařského odvětví vychází a myslí si, že lze mnohé z toho směru ve SPPG praxi využít.



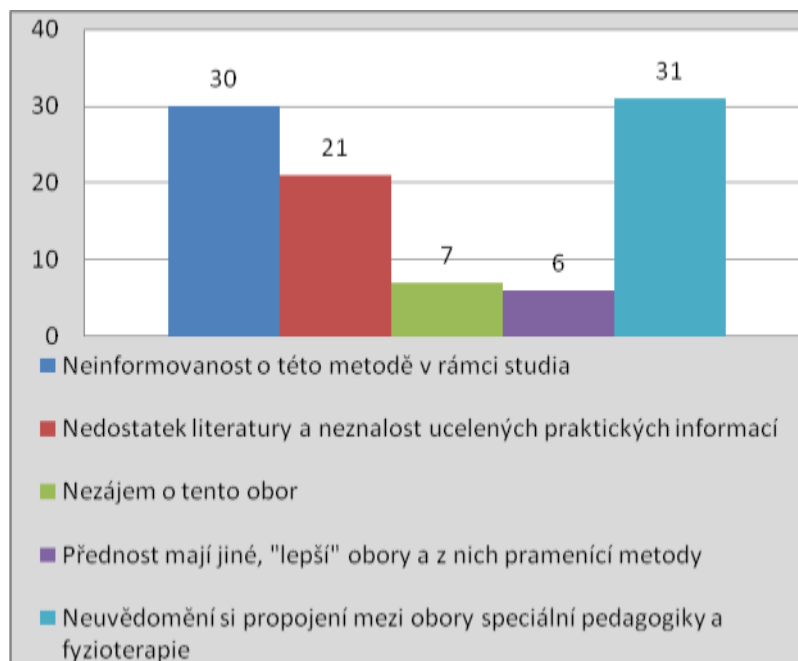
Graf 4: Teoretické a praktické seznámení s oborem fyzioterapie během studia SPPG na VŠ

Graf 4 odpovídá na otázku: Měli jste v rámci studia speciální pedagogiky možnost bližšího seznámení s oborem fyzioterapie? Například v předmětu Somatopedie? Z grafu můžeme vyvozovat, že v součtu 90% dotazovaných speciálních pedagogů možnost bližšího seznámení s metodami fyzioterapie neměla a pokud ano, bylo to jen velmi okrajově.



Graf 5: Náзор na propojení oborů speciální pedagogiky a fyzioterapie

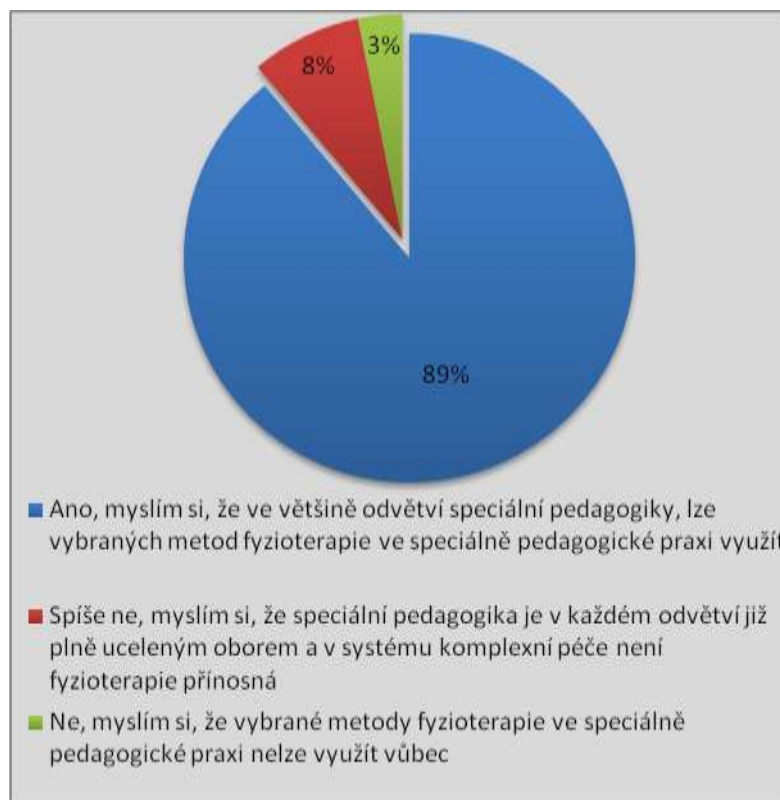
Graf 5 odpovídá na otázku: Myslíte si, že lze objektivně vyjádřit propojení speciální pedagogiky s oborem fyzioterapie? A pokud ano, jsou dle Vašeho názoru vybrané metody fyzioterapie dostatečně využívány v rámci speciálně pedagogické intervence? Z vyhodnocení můžeme vyvozovat, že téměř $\frac{3}{4}$ respondentů z oblasti SPPG nachází reálné pojitko mezi obory a na vybrané metody fyzioterapie nahlíží jako na metody, které jsou speciální pedagogikou podceňovány a prozatím nedostatečně využívány.



Graf 6: Možné důvody nedostatečného využití vybraných metod fyzioterapie, z hlediska dotázaných pedagogů

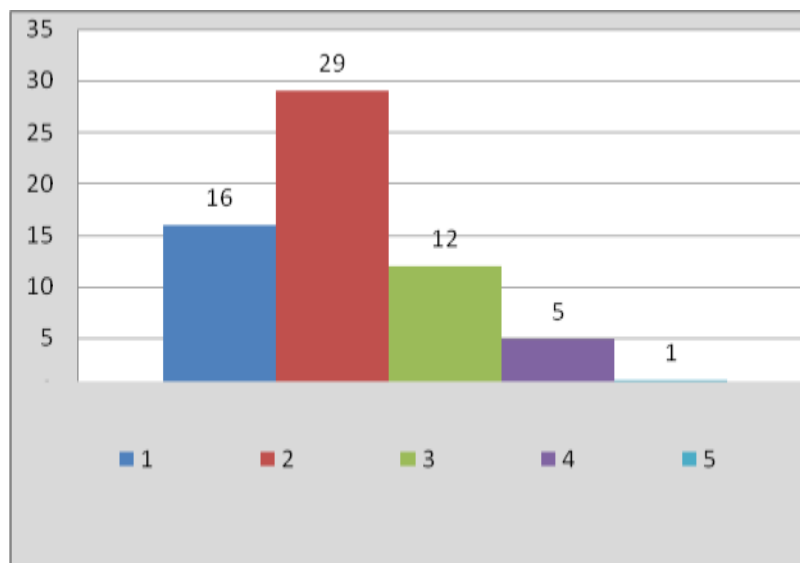
Graf 6 odpovídá na otázku: Pokud jste na základě předchozí otázky přesvědčení, že speciálně pedagogická praxe nevyužívá dostatečně vybrané metody z oboru fyzioterapie, vyberte prosím důvody. Respondenti mohli vybrat více než jednu možnost, takže procento vzrostlo na více než 100%.

Z výsledků vyplývá, že respondenti považují za „kámen úrazu“ především neinformovanost o této metodě v rámci studia, neznalost ucelených praktických informací a postrádají dostatek odborné literatury s prezentací metod využitelných ve SPPG praxi, což v důsledku způsobuje neuvědomění si propojení mezi obory a nedostatečné využití ve SPPG praxi.



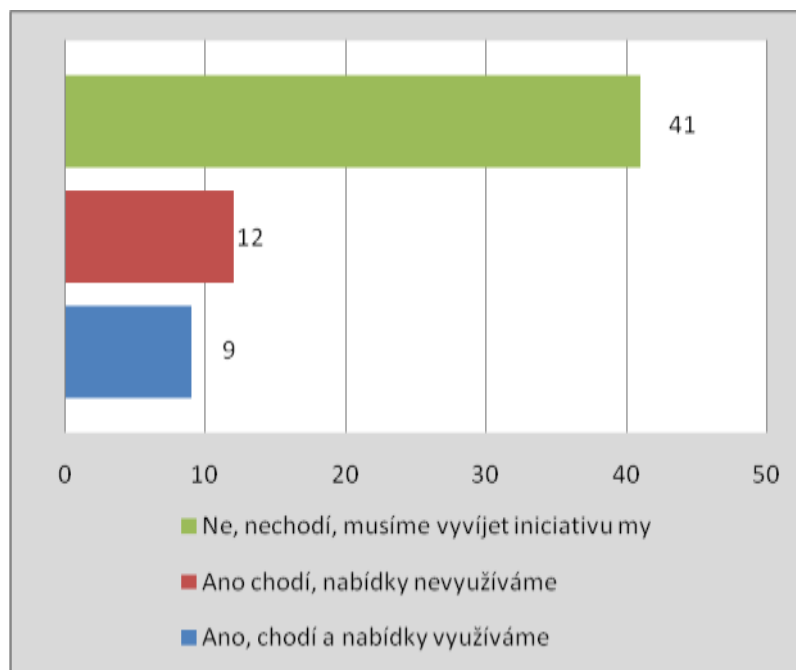
Graf 7: Názor na možnost využití vybraných metod fyzioterapie ve většině odvětví SPPG

Graf 7 odpovídá na otázku: Myslíte si, že lze využít v systému komplexní péče, vybraných metod fyzioterapie ve většině odvětví speciální pedagogiky? Z grafu vyplývá, že téměř všichni dotázaní speciální pedagogové, považují vybrané metody fyzioterapie za metody, které lze ve většině odvětví SPPG využít v praxi.



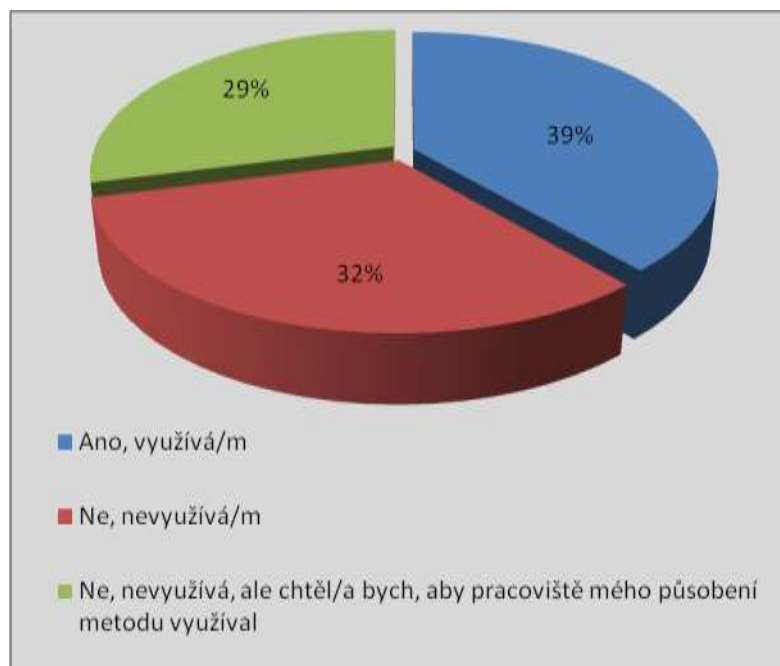
Graf 8: Hodnocení účinnosti vybraných metod fyzioterapie ve SPPG praxi

Graf 8 odpovídá na otázku: Vyjádřete prosím, do jaké míry považujete využití vybraných metod fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi, v rámci komplexní rehabilitace, za přínosnou. Respondenti mohli vybrat hodnotu na škále od číslice 1 do číslice 5, přičemž číslici 1 považujeme za hodnotu - Velmi přínosné a číslici 5 za hodnotu - Myslím, že nejsou přínosné, oproti jiným postupům terapeutické intervence. Z výsledného grafu lze vyvozovat, že většina respondentů (v součtu 71%), považuje využití vybraných metod fyzioterapie, ve SPPG praxi v rámci komplexní rehabilitace, za přínosné.



Graf 9: Vaše pracoviště a nabídky spojené s rozšířením zkušeností z jiných oborů (např. fyzioterapie)

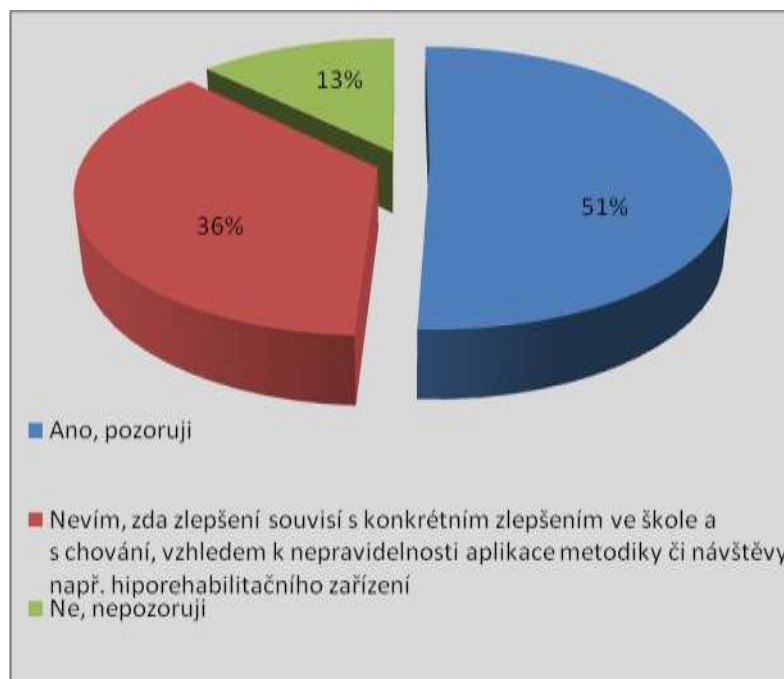
Graf 9 odpovídá na otázku: Chodí na Vaše pracoviště nabídky pro rozšíření zkušeností a praktických dovedností z jiných oborů – např. fyzioterapie, které byste mohli využít v souvislosti se speciální pedagogikou? Na základě výsledků můžeme vyvozovat, že v ČR není dostatečná vazba mezi SPPG a metodami fyzioterapie, přičemž musí odbornou péči a případné možnosti další péče vyhledávat pracoviště.



Graf 10: Využití vybraných metod fyzioterapie, v rámci komplexní péče o jedince, speciálním pedagogem či pracovištěm

Graf 10 odpovídá na otázku: Využívá zařízení, kde působíte či využíváte-li Vy osobně, v rámci komplexní péče o jedince, některou z metod fyzioterapie? Např. hiporehabilitaci atd.?

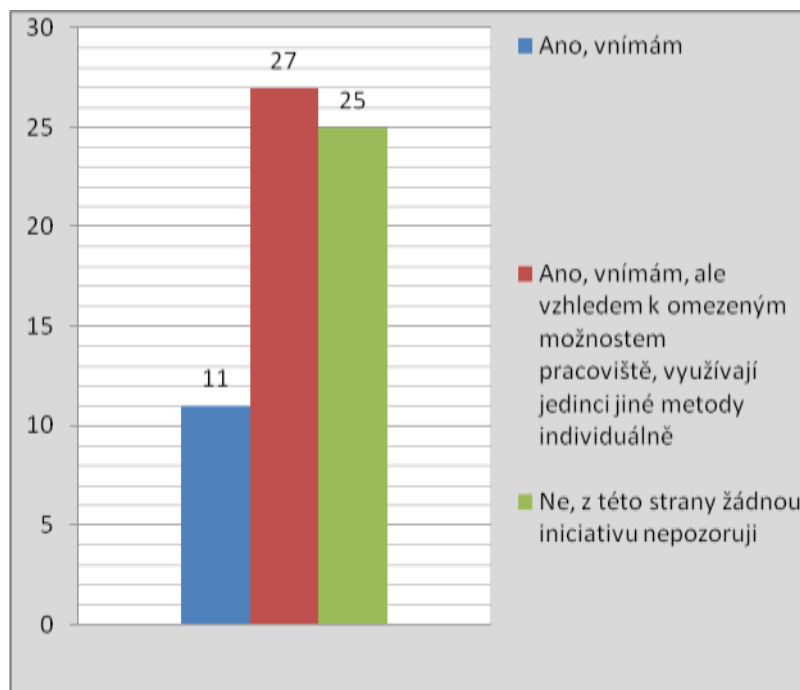
Z výsledků vyplynulo, že vybrané metody fyzioterapie využívá pracoviště či speciální pedagog velmi sporadicky, čemuž odpovídá 39% dotázaných, což není ani polovina a že v součtu více jako polovina (61%) dotázaných speciálních pedagogů, metody z fyzioterapie přímo nevyžívá.



Graf 11: Objektivní zlepšení stavu jedince, v souvislosti s využitím vybraných metod fyzioterapie

Graf 11 odpovídá na otázku: Pokud je na jedince z Vaše profesního působiště aplikována některá z vybraných metod fyzioterapie, např. hiporehabilitace atd., pozorujete objektivní zlepšení ve zdravotním stavu, chování či prospěchu v souvislosti s metodikou?

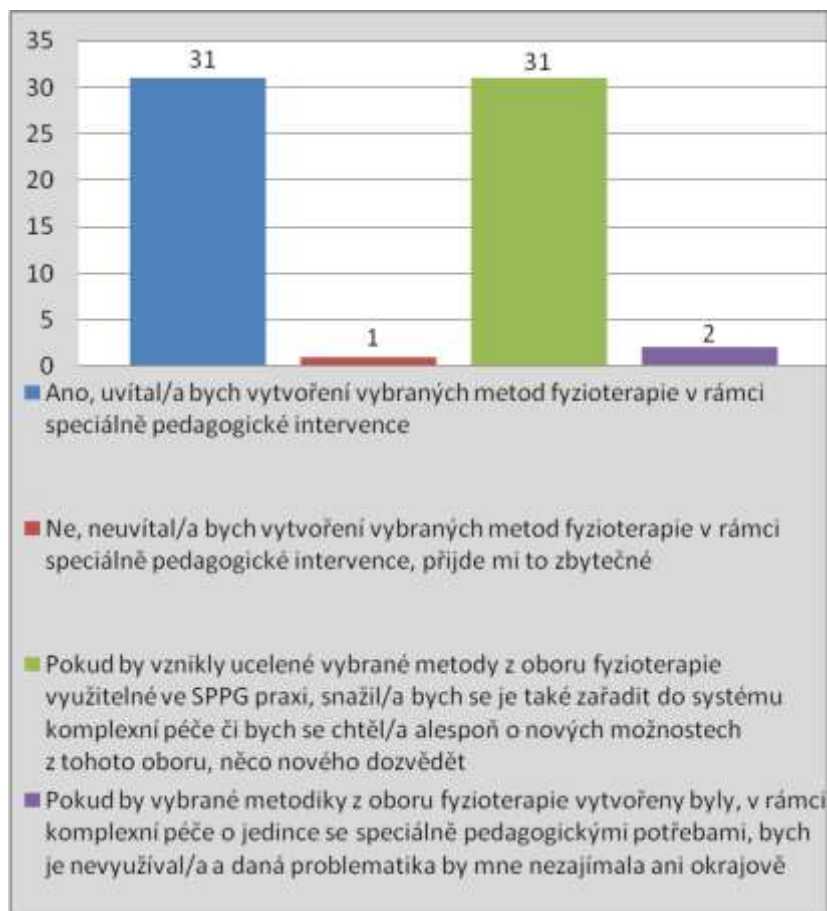
Z vyhodnocení grafu vyplývá, že ½ respondentů pozoruje objektivní zlepšení jedince v souvislosti s aplikací vybraných metod fyzioterapie, ať už v kvalitě zdravotního stavu, chování nebo v dosahování optimálního prospěchu. Dále 36% dotazovaných pozoruje zlepšení stavu za současného využití metodik fyzioterapie v komplexní péči, ale neví s určitostí zda zlepšení přímo souvisí s vybranými metodami, vzhledem ke komplexnosti péče.



Graf 12: Zájem o zařazení vybraných metod fyzioterapie, daného pracoviště, ze strany rodičů, dětí či klientů

Graf 12 odpovídá na otázku: Vnímáte ze strany rodičů, klientů či dětí zájem o metody z fyzioterapie a jejich zařazení do programu Vašeho pracoviště? Opět např. hiporehabilitace atd.

Z analýzy této otázky můžeme vyvozovat, že necelá polovina respondentů zájem ze strany klientů o zařazení vybraných metod fyzioterapie vnímá, ale k omezeným možnostem pracoviště jedinci terapeutickou intervencí realizují individuálně a necelá polovina respondentů iniciativu ze strany rodičů, dětí či klientů nepozoruje.



Graf 13: Názory ze strany speciálních pedagogů na vytvoření základní „metodologie a doporučení“ vybraných metod z oblasti fyzioterapie, v rámci ucelené rehabilitace

Graf 13 odpovídá na otázku: Uvítali byste vytvoření základní „metodologie a doporučení“ vybraných metod z oblasti fyzioterapie, v rámci ucelené rehabilitace, která by mohla speciálním pedagogům poskytnout nové možnosti ve své každodenní praxi a podle kterých by se speciální pedagog, dle svého zaměření, mohl v metodice hlouběji vzdělávat a lépe se orientovat?

Z analýzy této otázky vyplývá, že převážná většina dotázaných speciálních pedagogů by vytvoření základní „metodologie a doporučení“ vybraných metod fyzioterapie v rámci SPPG intervence uvítala, chtěla by se o nich něco nového dozvědět (pro komplexnost ucelené rehabilitace, pro obohacení znalostí a praxe atd.) a snažila by se v těchto metodách dále vzdělávat a aplikovat je ve SPPG praxi.

8 Interpretace výsledků a diskuze

8.1 Interpretace výsledků

Rozhovory a dotazníkové šetření, „předvýzkum“, adresovaným speciálním pedagogům z praxe, na základě kterého byla realizována tato rigorózní práce, přinesly řadu zajímavých informací a především spektrum paradoxů ze SPPG praxe, které bychom chtěli v této kapitole prezentovat.

Na základě těchto skutečností byl sestaven praktický „rozcestník a metodologie“ vybraných metod fyzioterapie, který cílovou skupinu nejprve uvede do oboru fyzioterapie i speciální pedagogiky a následně objektivizuje propojení těchto oborů. Dále seznámí s konkrétními vybranými metodami fyzioterapie, které lze využít ve SPPG praxi. Tyto metody byly vybrány tak, aby byly pro speciální pedagogiku reálně využitelné a jejich různé modifikace mohly v systému ucelené rehabilitace, využívat i speciální pedagogové (tyto praktické poznatky z fyzioterapie byly aplikovány ve SPPG praxi s vynikajícími výsledky). Vybrané metody jsou vždy prezentovány s praktickými ukázkami, vysvětlením k aplikaci ve SPPG praxi a také jsou následně demonstrovány v širším spektru konkrétních SPPG případových studiích.

Snahou této práce bylo především přinést a prezentovat současný objektivní náhled ze SPPG praxe co se týče ucelené rehabilitace a metod fyzioterapie a také konkrétní náhled odborníků ze SPPG prostředí s dlouholetými zkušenostmi v oboru. Tento náhled nám poskytly dvě odbornice a osoby nejpovolanější- doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. (ve SPPG praxi od roku 1986, od roku 1998 na pedagogické fakultě UK, nyní zástupce vedoucího katedry SPPG- UK Praha, akademicky činná atd.) a PhDr. Olga Opekarová, Ph.D. (působící v praxi psychologa ve školských poradenských zařízeních 15 let, specializuje se na diferenciální diagnostiku v oblasti poruch psychického vývoje dětí a mládeže do 26 let věku. Dále na rozklíčování objektivních příčin problémů v sociální komunikaci a adaptaci dětí a mládeže během jejich výchovy a vzdělávání; spolupracuje s UK Praha a UJAK Praha, akademicky činná.).

V této části se zaměříme především na interpretaci výsledků, prezentaci paradoxů a vyhodnocení sestavených hypotéz.

Z předvýzkumu a z rozhovorů vyvozujeme, že:

- Převážná většina speciálních pedagogů považuje obor speciální pedagogiky jako obor, který vychází z medicíny a ve SPPG praxi lze mnohé z těchto empirií využít. To dokazuje graf 3 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 3 (dotazník č. I, viz příloha). Vyplývá, že 73% respondentů považuje SPPG jako obor, který se opírá o poznatky z lékařského odvětví, z medicíny vychází nejen v teorii, ale také v praxi a myslí si, že lze ještě mnohé využít v rámci komplexní intervence ve speciální pedagogice + 19% speciálních pedagogů považuje SPPG jako obor, který z lékařského směru vychází, ale nahlíží na něho v humanitní rovině, co se teorie i praxe týče, s čímž se částečně ztotožňuje doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. - (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 6), která zmiňuje důležitost mimo jiné vybraných metod fyzioterapie atd., ale snaží se „ruku v ruce“ s novodobými trendy ve SPPG, nahlížet na jedince s postižením dle sociálního modelu, viz odpověď- „Odklon od biomedicínského paradigma, který u nás nastal v porevolučním období (od 90. let), měl zásadní význam zejména pro oblast psychopedie a pro nové pojetí osob s mentálním postižením. Přinesl humánnější a neklinický pohled na mentální postižení, otevřel téma lidských práv a sebeurčení osob s mentálním postižením. V somatopedii jsme se pokoušeli o totéž, ale bez čerpání zkušeností z některých medicínských oborů (typicky neurorehabilitace, fyzioterapie, neurologie, ORL a foniatry) je působení somatopedů u osob s postižením hybnosti neefektivní. I tak ale vycházíme ze sociálního modelu postižení.“

S těmito slovy se ztotožňujeme, protože faktem zůstává, že bychom měli na jedince s postižením, nahlížet humánněji v rámci moderních trendů a integrace a ne jen jako na „určitou diagnózu“, což s oblibou praktikuje medicínské odvětví.

Názor PhDr. Olgy Opekarové, Ph.D. - (viz příloha, rozhovor č. II, otázka č. 6) - „Dle mého názoru jednoznačně všechny pedie speciální pedagogiky musí primárně a hluboce vycházet z příslušných exaktních oborů lidského poznání (medicínské empirie). Pedie jako humanitní nadstavbové obory pak ná-

sledně umožňují tvorbu plánu (dle cíle), vysvětlení principů (dle úrovně dosaženého vývoje zúčastněných), kompozici adekvátních metod a technik (na základě včasné diagnózy s prognózou), zakomponování celosvětově poznaných a ověřených poznatků (permanentním studiem všech pramenů)- do uceleného a komplexního systému následné odborné péče s konkrétním (správně a přesně formulovaným) cílem péče. Což je multifaktoriální jev, „dřina největší“.

- Speciální pedagogové vnímají účinnost a efektivitu terapeutické intervence, jsou-li vybrané metody fyzioterapie zařazeny v systému ucelené rehabilitace. Tato slova potvrzuje graf 8 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 8 (dotazník č. I, viz příloha).

Z šetření vyplývá, že v součtu 71% respondentů, považuje využití vybraných metod fyzioterapie ve SPPG praxi v rámci komplexní rehabilitace za přínosné.

- Dotázaní speciální pedagogové pozorují objektivní zlepšení a dobré výsledky na jedincích, pokud jsou vybrané metody zařazeny do ucelené rehabilitace. Tato slova potvrzuje graf 11 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 11 (dotazník č. I, viz příloha).

Dále vyplývá, že ½ respondentů pozoruje objektivní zlepšení jedince v souvislosti s aplikací vybraných metod fyzioterapie, ať už v kvalitě zdravotního stavu, chování nebo v dosahování optimálního prospěchu; dále 36% dotazovaných pozoruje zlepšení stavu za současného využití metodik fyzioterapie v komplexní péči, ale neví s určitostí, zda zlepšení přímo souvisí s vybranými metodami, vzhledem ke komplexnosti péče.

- SPPG odborná veřejnost, považuje vybrané metody fyzioterapie za metody, které lze využít ve většině odvětví SPPG. To dokládá graf 7 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 7 (dotazník č. I, viz příloha), kdy z grafu vyplývá, že téměř všichni dotázaní speciální pedagogové (89%) považují vybrané metody fyzioterapie za metody, využitelné ve většině odvětví SPPG praxe.

Paradoxy:

- Přes všechna zmíněná fakta se většina speciálních pedagogů domnívá, že jsou metody fyzioterapie využívány ve SPPG praxi velmi sporadicky, což potvrzuje graf 5 v předchozí kapitole, který odpovídá na otázku č. 5 (dotazník č. I, viz příloha).

Z vyhodnocení můžeme vyvozovat, že téměř $\frac{3}{4}$ respondentů z oblasti SPPG (70%), nachází reálné pojitko mezi obory a na vybrané metody fyzioterapie nahlíží jako na metody, které jsou speciální pedagogikou podceňovány a prozatím nedostatečně využívány.

Tato slova potvrzuje doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. - (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 7) - „Nemyslím si, že by speciální pedagogové nechtěli využívat a nevyužívali terapie, využívají ale jen jejich aplikací a respektují odborníky, kteří jsou na provádění terapií primárně vzdělávání. Nejčastější využití terapií vidíme ve vzdělávacích zařízeních pro kombinovaně a těžce postižené. Máte ale pravdu, že ani to není ideální stav, terapie mají mnohem větší potenciál pro edukaci a měly by se využívat všude tam, kde se vzdělává dítě (žák nebo dospělý člověk) s postižením, třeba i na běžné škole.“

Názor PhDr. Olgy Opekarové, Ph.D. - (viz příloha, rozhovor č. II, otázka č. 7)- „Obávám se, že se jedná o velmi nedostatečnou pregraduální přípravu studentů příslušných fakult vysokých škol v tomto směru. Většina oborů SPPG je dle mého názoru stále více pojata „informačně“ a praktické disciplíny jsou na ústupu.“

Myslím, že zájem z řady studentů by byl veliký, ale chybí zapálení specialisté z praxe, kteří by na předání a zobecnění svých velmi důležitých zkušeností a poznatků těm mladším a méně zkušeným měli čas a prostor.“

Za nejčastější důvody jsou speciálními pedagogy označovány- neinformovanost o této metodě v rámci studia (54%); nedostatek literatury a neznalost ucelených praktických informací (38%); nezájem o tento obor (13%); přednost mají jiné, "lepší" obory a z nich pramenící metody (11%); neuvědomění si propojení mezi obory speciální pedagogiky a fyzioterapie (55%)- viz graf 6 (kapitola 7. Analýza dat), otázka č. 6 (dotazník č. I, viz příloha).

- Jen necelá polovina dotázaných (39%) přímo využívá vybrané metody fyzioterapie v systému ucelené rehabilitace a terapeutické intervence. To potvrzuje graf v předchozí kapitole, který odpovídá na otázku č. 5 (dotazník č. I, viz příloha).

Z výsledků vyplynulo, že vybrané metody fyzioterapie využívá pracoviště či speciální pedagog velmi sporadicky, čemuž odpovídá 39% dotázaných, což není ani polovina a že v součtu více jako polovina (61%) dotázaných speciálních pedagogů, metody z fyzioterapie přímo nevyužívá.

Možné důvody těchto paradoxů:

- Nedostatečný prostor věnovaný seznámení a výuce těchto metod, v rámci studia na VŠ. K tomuto vysvětlení se z osobních zkušeností také přikláníme my (dle našeho názoru se převážná většina speciálních pedagogů během studia VŠ blíže s metodami fyzioterapie nesetkala). Tato slova dokládá graf 4 v předchozí kapitole, který odpovídá na otázku č. 4 (dotazník č. I, viz příloha).

Z výsledného grafu můžeme vyvozovat, že v součtu 90% dotazovaných speciálních pedagogů (příčemž 86% VŠ vzdělání), možnost bližšího seznámení s metodami fyzioterapie neměla a pokud ano, bylo to jen velmi okrajově. Doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D., dodává (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 7) - „Více přednášek v pregraduálním studiu speciálních pedagogů by rozhodně prospělo.“ PhDr. Olga Opekarová, Ph.D. - (viz příloha, rozhovor č. II, otázka č. 7) - „Obávám se, že se jedná o velmi nedostatečnou pregraduální přípravu studentů příslušných fakult vysokých škol v tomto směru...“

A co si obě specialistky myslí o názoru, že by nebylo od věci, kdyby na VŠ ve studijním oboru SPPG v rámci předmětu somatopedie určitý objem přednášek vyučovali fyzioterapeuté z praxe, kteří mají jednak terapeutické vzdělání a zaměření, ale i vystudovanou speciální pedagogiku? - Myslíte si, že bychom tím docílili pozitivního efektu a rozšířily tak obzory u budoucích speciálních pedagogů? (viz příloha, rozhovor č. I a II, otázka č. 9) - doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. - „Určitě bych to vítala jako skvělý nápad. Probíhá to spíše naopak – speciální pedagogiku studují jako předmět studenti fyzioterapie

na lékařských fakultách.“; PhDr. Olga Opekarová, Ph.D. - „Jednoznačně! Avšak pozor, finanční ohodnocení pedagogů působících na vysokých školách je předmětem letité diskuse a skepse. Nápad je to již řadu let výborný, nedopadá však dobře ad ekonomická stránka procesu.“

Naštěstí se „blýská na lepší časy“, což potvrzují slova paní doc. Hájkové (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 8), která upozorňuje na změny a zdůrazňuje současné trendy- zařazení těchto metodik do sylabů univerzit tohoto zaměření- „Podívejte se na studijní plány oborového studia SPPG na Ped. fakultě UK v Praze a Ped. fakulty MU v Brně- již v bakalářském studiu obsahují mnoho disciplin medicínských a terapeutických.“

- Nedostatečná osvěta: Neuspokojivé procento nabídek vzdělávání do pracovišť, které se zabývají SPPG praxí. Doloženo grafem 9 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 9 (dotazník č. I, viz příloha). Dle výsledků není dostatečná vazba mezi SPPG a metodami fyzioterapie, přičemž musí odbornou péči a případné možnosti další péče vyhledávat pracoviště či pedagog, to potvrzuje 66% dotázaných.

- Nedostatečný zájem ze strany rodičů dětí a klientů, aneb neznalost neomlouvá. Tuto skutečnost potvrzuje graf 12 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 12 (dotazník č. I, viz příloha). Z výsledků vyvozujeme, že téměř polovina respondentů (43%), zájem ze strany klientů o zařazení vybraných metod fyzioterapie vnímá, ale k omezeným možnostem pracoviště, jedinci terapeutickou intervencí realizují individuálně. 40% dotázaných zájem ze strany rodičů, dětí či klientů nepozoruje.

Vyhodnocení sestavených hypotéz:

- *Hypotéza č. I:* Speciálně pedagogická „odborná veřejnost“ považuje obor SPPG za obor humanitní bez návaznosti na lékařské odvětví a jen těžko nachází pojitko s oborem fyzioterapie.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Takto vyvozovat můžeme na základě několika objektivních faktorů.

V současnosti je obor fyzioterapie a mnoho metod z tohoto směru oborem, který dosahuje uznání a stává se velmi cennou složkou terapeutické intervence také na poli SPPG praxe.

To, že se SPPG, tak jak ji známe v dnešní podobě, zdá na první pohled jen jako humanitně zaměřená a již ucelená, bez návaznosti na lékařské obory je dle našeho názoru zapříčiněno tím, že se tento obor snaží oprostít od klasického medicínského přístupu a naopak se snaží jedince s jakýmkoli handicapem vnímat humanitněji, přičemž hlavním cílem je co nejvyšší možný stupeň integrace do běžné společnosti.

Nutno zmínit, že odborná literatura SPPG vybrané metody fyzioterapie, v systému ucelené rehabilitace, zmiňuje velmi stroze a okrajově. Přesto však speciální pedagogové z praxe, návaznost na medicínské obory vnímají a řadu vybraných metod z fyzioterapie okrajově znají.

Graf 3 v předchozí kapitole přináší odpověď na otázku č. 3 (dotazník č. I, viz příloha) - Považujete obor speciální pedagogiky, ze svého subjektivního hlediska jako obor humanitně zaměřený a již plně ucelený či jako obor, jenž se opírá o lékařské odvětví, z medicínských empirií vychází a z lékařského odvětví může ještě čerpat nové poznatky a metody využitelné v praxi? Z výsledku vyplývá, že převážná většina dotazovaných speciálních pedagogů, tj. 73%, nahlíží na speciální pedagogiku jako na obor, který z lékařského odvětví vychází a myslí si, že lze mnohé z toho směru ve SPPG praxi využít.

Dokonce v případě jejich aplikace a zařazení do systému ucelené rehabilitace, pozorují dotazovaní speciální pedagogové, pozitivní výsledky a zlepšení u cílových jedinců. Tato slova dokládá graf 11 (kapitola 7. Analýza dat), který odpovídá na otázku č. 11 (dotazník č. I, viz příloha)- Pokud je na jedince z Vaše profesního působiště aplikována některá z vybraných metod fyzioterapie, např. hiporehabilitace atd., pozorujete objektivní zlepšení ve zdravotním stavu, chování či prospěchu v souvislosti s metodikou? Z vyhodnocení grafu vyplývá, že 1/2 respondentů pozoruje objektivní zlepšení jedince v souvislosti s aplikací vybraných metod fyzioterapie, ať už v kvalitě zdravotního stavu, chování nebo v dosahování optimálního prospěchu. A dále 36% dotazovaných pozoruje zlepšení stavu, za současného využití metodik fyzioterapie

v komplexní péči, ale neví s určitostí, zda zlepšení přímo souvisí s vybranými metodami, vzhledem ke komplexnosti péče či nepravidelnosti aplikace.

Doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D., dodává (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 6) - Nahlížíte na obor speciální pedagogiky, ze svého subjektivního hlediska jako na obor humanitně zaměřený a již plně ucelený (jen těžko nacházíte pojitko např. s oborem fyzioterapie) či jako na obor, jenž se opírá o lékařské odvětví, z medicínských empirií vychází a z lékařského odvětví může čerpat nové poznatky, využitelné ve SPPG praxi? Odpověď: „Odklon od biomedicínského paradigma, který u nás nastal v porevolučním období (od 90. let), měl zásadní význam zejména pro oblast psychopedie a pro nové pojetí osob s mentálním postižením. Přinesl humánnější a neklinický pohled na mentální postižení, otevřel téma lidských práv a sebeurčení osob s mentálním postižením. V somatopedii jsme se pokoušeli o totéž, ale bez čerpání zkušeností z některých medicínských oborů (typicky neurorehabilitace, fyzioterapie, neurologie, ORL a foniatric) je působení somatopedů u osob s postižením hybnosti neefektivní. I tak ale vycházíme ze sociálního modelu postižení.“

Na základě těchto faktů, můžeme závěrečnou odpověď na hypotézu č. I shrnout takto:

Jsme přesvědčeni, že SPPG je oborem, který vychází ze sociálního modelu, co se jedinců s jakýmkoli handicapem týče. Jedná se o obor, který využívá model ucelené rehabilitace, kam jednoznačně patří také medicínské obory (to speciální pedagogové vnímají), včetně fyzioterapie a z ní vybrané metody vycházející, které lze ve SPPG praxi u většiny SPPG „pedií“ efektivně terapeuticky zúročit. To dokládá např. spektrum případových studií či dotazníkové šetření s rozhovorem, pro účely této práce.

- *Hypotéza č. II:* Převážná většina speciálních pedagogů metody fyzioterapie v systému komplexní terapeutické intervence nevyužívá a během pregraduálního studia SPPG se s metodami fyzioterapie blíže nesešla.

Tuto hypotézu si dovolíme potvrdit. Takto usuzovat můžeme na základě mnoha objektivních faktorů.

Jak již bylo zmíněno výše v předchozí kapitole a v úvodu této kapitoly, paradoxem SPPG, v souvislosti s vybranými metodami fyzioterapie je z našeho pohledu skutečnost, kdy speciální pedagogové vnímají terapeutický efekt těchto metod, registrují objektivní výsledky (ať už v chování, zdravotním stavu, prospěchu atd.) u dané cílové skupiny, dokonce hodnotí terapeutický efekt těchto vybraných metod fyzioterapie v systému komplexní péče- ve většině případů velmi efektivně. Přesto však vybrané metody fyzioterapie, v rámci komplexní terapeutické intervence přímo nevyužívají a dokonce potvrzují, že jsou tyto metody využívány sporadicky.

To potvrzuje graf 10 v předchozí kapitole, který odpovídá na otázku č. 10 (dotazník č. I, viz příloha) - Využívá zařízení, kde působíte či Vy osobně, v rámci komplexní péče o jedince, některou z metod fyzioterapie? Např. hiporehabilitaci atd.? Z výsledků vyplynulo, že vybrané metody fyzioterapie využívá pracoviště či speciální pedagog velmi sporadicky, čemuž odpovídá 39% dotázaných, což není ani polovina a že v součtu více jako polovina (61%) dotázaných speciálních pedagogů, metody z fyzioterapie přímo nevyužívá (z toho 32% dotázaných by uvítalo, kdyby zařízení jejich působiště vybrané metody fyzioterapie využívalo).

Dále graf 5 v předchozí kapitole, který hodnotí odpovědi na otázku č. 5 (dotazník č. I, viz příloha) - Myslíte si, že lze objektivně vyjádřit propojení speciální pedagogiky s oborem fyzioterapie? A pokud ano, jsou dle Vašeho názoru vybrané metody fyzioterapie dostatečně využívané v rámci speciálně pedagogické intervence? Z vyhodnocení můžeme vyvozovat, že téměř $\frac{3}{4}$ respondentů z oblasti SPPG, nachází reálné pojitko mezi obory a na vybrané metody fyzioterapie nahlíží jako na metody, které jsou speciální pedagogikou prozatím podceňovány a nedostatečně využívány.

Možné důvody reflektuje graf 6 v předchozí kapitole, který hodnotí odpovědi na otázku č. 6 (dotazník č. I, viz příloha) - Pokud jste na základě předchozí otázky přesvědčení, že speciálně pedagogická praxe nevyužívá dostatečně vybrané metody z oboru fyzioterapie, vyberte prosím důvody. Z výsledků vyplývá, že dotazovaní respondenti považují za „kámen úrazu“ především neinformovanost o těchto metodách v rámci studia, neznalost ucelených praktic-

kých informací a postrádají dostatek odborné literatury s praktickou prezentací metod, což v důsledku způsobuje neuvědomění si propojení mezi obory a nedostatečné využití ve SPPG praxi.

Graf 4 v předchozí kapitole hodnotí odpovědi na otázku č. 4 (dotazník č. I, viz příloha) - Měli jste v rámci studia speciální pedagogiky možnost bližšího seznámení s oborem fyzioterapie? Například v předmětu Somatopedie? Z výsledného grafu můžeme vyvozovat, že v součtu 90% dotazovaných speciálních pedagogů (z toho 86% VŠ vzdělání), možnost bližšího seznámení s metodami fyzioterapie neměla a pokud ano, bylo to jen velmi okrajově.

Paní doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D., dodává (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 7) - „Nemyslím si, že by speciální pedagogové nechtěli využívat a nevyužívali terapie, využívají ale jen jejich aplikací a respektují odborníky, kteří jsou na provádění terapií primárně vzdělávání. Nejčastější využití terapií vidíme ve vzdělávacích zařízeních pro kombinovaně a těžce postižené. Máte ale pravdu, že ani to není ideální stav, terapie mají mnohem větší potenciál pro edukaci a měly by se využívat všude tam, kde se vzdělává dítě (žák nebo dospělý člověk) s postižením, třeba i na běžné škole. Více přednášek v pregraduálním studiu speciálních pedagogů by rozhodně prospělo.“

Názor PhDr. Olgy Opekarové, Ph.D. - (viz příloha, rozhovor č. II, otázka č. 7) - „Obávám se, že se jedná o velmi nedostatečnou pregraduální přípravu studentů příslušných fakult vysokých škol v tomto směru. Většina oborů SPPG je dle mého názoru stále více pojata „informačně“ a praktické disciplíny jsou na ústupu.

Myslím, že zájem z řady studentů by byl veliký, ale chybí zapálení specialisté z praxe, kteří by na předání a zobecnění svých velmi důležitých zkušeností a poznatků těm mladším a méně zkušeným měli čas a prostor.“

Závěr k vyhodnocení hypotézy č. II:

Domníváme se, že v dnešním moderním světě, době téměř neomezených možností a situací, kdy jsme obklopeni mnoha informacemi ze všech informačních toků kolem nás, není ideálním vzorcem, spoléhat se na konkrétní odbornou pomoc, ale je více než žádoucí, pokusit se aktivně podílet se na řeše-

ní určité problematiky, ať už se jedná např. o handicap či integraci jedince s handicapem do společnosti atd.

Respektovat odborníky, kteří jsou primárně vzděláni na realizaci terapie- s tím plně souhlasíme, ale je celá řada vybraných metod fyzioterapie, které lze ve SPPG praxi využít, aniž by tyto metody zákonitě musel vykonávat jen fundovaný specialista *lege artis*.

V tomto duchu je vytvořena tato rigorózní práce, která se pokouší prezentovat, přiblížit a prohloubit teoreticky i prakticky vybrané metody fyzioterapie speciálním pedagogům tak, aby po prozkoumání dané problematiky či následném krátkém zaškolení terapeutem, tyto metody byly ve SPPG praxi dostupné a v systému ucelené rehabilitace více využitelné.

Pokud může fyzioterapeut, na základě SPPG znalostí- získaných při studiu fyzioterapie na VŠ, rozpoznat obecnou diagnostikou určité fenomény ze SPPG a následně se orientovat v systému ucelené rehabilitace či dokázat jedinci se SPPG potřebami pomoci, proč by to nemohlo fungovat naopak?

Věříme, že musí být jen otázkou času, kdy se situace a postoj k dané problematice změní. První „vlastovky“ jsou již patrné - na fakultách oborové SPPG, v rámci VŠ se již věnují více metodám z disciplín medicínských a terapeutických, což dokládá odpověď paní doc. PaedDr. Vandy Hájkové, Ph.D. (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 8) - „Podívejte se na studijní plány oborového studia SPPG na Ped. fakultě UK v Praze a Ped. fakultě MU v Brně- již v bakalářském studiu obsahují mnoho disciplín medicínských a terapeutických.“

Dalším faktorem je situace, kdy více speciálních pedagogů, pochází předchozím vzděláním z medicínských směrů (fyzioterapeuté, ergoterapeuté, zdravotní sestry, atd.). Díky tomu se věnují propojení těchto dvou oborů v rámci ucelené rehabilitace a do SPPG praxe se snaží vnášet komplexnější přístup, který respektuje jednak humanitní přístup, sociální model postižení a dále je opřen o medicínské empirie.

- *Hypotéza č. III: Vybrané metody fyzioterapie lze využít a aplikovat ve SPPG praxi u většiny odvětví tohoto oboru.*

Tato hypotéza se potvrdila. Takto vyvozovat můžeme opět na základě mnoha objektivních faktorů.

Doložit to může jednak teoretický podklad rigorózní práce, stěžejní kapitola 5- Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciální pedagogice či spektrum sedmi případových studií, kde jsou účinky vybraných metod sepsány, demonstrovány a jsou patrné na konkrétních případech SPPG praxe.

Vycházíme také z grafu 7 v předchozí kapitole, který hodnotí odpovědi na otázku č. 7 (dotazník č. I, viz příloha) - Myslíte si, že lze využít v systému komplexní péče vybraných metod fyzioterapie ve většině odvětví speciální pedagogiky? Odpověď: Ano, myslím si, že ve většině odvětví speciální pedagogiky, lze vybraných metod fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi využít- zvolena 56x, tj. 89%; Spíše ne, myslím si, že speciální pedagogika je v každém odvětví již plně uceleným oborem a v systému komplexní péče není fyzioterapie přínosná - zvolena 5x, tj. 8%; Ne, myslím si, že vybrané metody fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi nelze využít vůbec - zvolena 2x, tj. 3%.

Z grafu ve výsledku vyplývá, že téměř všichni dotázaní speciální pedagogové (89%), považují vybrané metody fyzioterapie za metody, které lze ve většině odvětví SPPG využít v praxi.

8.2 Diskuze

Po dlouhodobějším průzkumu v oboru SPPG; sběru dat; vyhledání a prozkoumání odborné literatury většiny SPPG „pedií“; po rozhovorech s odborníky, kteří působí odborně dlouhá léta ve SPPG praxi a po předvýzkumu cílenému odborné SPPG veřejnosti, z širšího pole působnosti- jsme mohli dospět k určitým předpokladům, postojům, informacím a situaci na základě které byla sepsána tato rigorózní práce.

Situace na poli SPPG byla a je taková, že stručně řečeno odborná SPPG veřejnost vnímá propojení oboru SPPG a fyzioterapie; některé vybrané metody fyzioterapie orientačně zná; potvrzuje, že jsou-li tyto metody zařazeny do systému ucelené rehabilitace, pozorují objektivní změny na cíleném jedinci a výsledný terapeutický efekt je příznivější (zlepšení zdravotního stavu, chování,

psychiky, sebekontroly, hodnocení žáka atd.). Dále, že v systému ucelené rehabilitace vnímají pedagogové vybrané metody fyzioterapie jako metody, které jsou využitelné ve většině odvětví SPPG atd.

Je však paradoxem, že právě metody, které na poli SPPG praxe vnímají velmi efektivně a o nichž SPPG odborná veřejnost mluví v superlativech, nejsou dostatečně ve SPPG využívány tak, jak by si pro jejich terapeutický efekt zasluhovaly- např. (téměř $\frac{3}{4}$ respondentů z oblasti SPPG, nachází reálné pojitko mezi obory a na vybrané metody fyzioterapie nahlíží jako na metody, které jsou speciální pedagogikou podceňovány a prozatím nedostatečně využívány; u 39% dotázaných, využívá vybrané metody fyzioterapie pracoviště či přímo terapeut a 61% metody z fyzioterapie přímo nevyužívá; pokud jsou metody aplikovány, objektivní pozitivní změny registruje min. polovina respondentů, dalších 36% také, ale neví s určitostí, zda zlepšení přímo souvisí s vybranými metodami, vzhledem ke komplexnosti péče atd.).

Předvýzkumem a rozhovory jsme se pokusili zjistit, zda by speciální pedagogové, působící ve většině odvětví SPPG praxe, uvítali vytvoření základní „metodologie a doporučení“ vybraných metod z oblasti fyzioterapie (určitý přehled + aplikace v praxi), v rámci ucelené rehabilitace, které by mohly speciálním pedagogům poskytnout nové možnosti ve své každodenní praxi a podle kterých by se speciální pedagog, dle svého zaměření, mohl v metodice hlouběji vzdělávat a lépe se orientovat.

Odpovědi shrnuje a hodnotí graf 13 v předchozí kapitole, který vyhodnocuje otázku č. 13 (dotazník č. I, viz příloha) - nejčastější odpověď: Ano, uvítal/a bych vytvoření vybraných metod fyzioterapie v rámci SPPG intervence (49% dotazovaných); Pokud by vznikly ucelené vybrané metody z oboru fyzioterapie využitelné ve SPPG praxi, snažil/a bych se je také zařadit do systému komplexní péče či bych se chtěl/a alespoň o nových možnostech z tohoto oboru, něco nového dozvědět (49% dotazovaných).

Vyplývá tedy, že převážná většina dotázaných speciálních pedagogů, by vytvoření základní „metodologie a doporučení“ vybraných metod fyzioterapie, v rámci SPPG intervence uvítala, chtěla by se o nich něco nového dozvědět

(pro komplexnost ucelené rehabilitace, pro obohacení znalostí a praxe atd.) a snažila by se v těchto metodách dále vzdělávat a aplikovat je ve SPPG praxi.

Paní doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. a PhDr. Olga Opekarová, Ph.D. (viz příloha, rozhovor č. I a II, otázka č. 10) odpovídají na otázku takto: Považujete snahu a myšlenku využít vybrané metody fyzioterapie ve SPPG praxi z hlediska Vašeho odborného náhledu, za nemístnou či neúčelnou ztrátu času? Či vytvoření základní „metodologie“ a komplexního přehledu vybraných metod z oblasti fyzioterapie, pro SPPG praxi vítáte? (např. nové informace mohou poskytnout větší informovanost, lepší orientaci v komplexní péči - tím docílit kvalitnějšího terapeutického efektu.) - doc. Hájková - „Pro studující speciální pedagogy a speciální pedagogy v praxi by určitě mělo velký význam vytvoření vzdělávacího programu (kurzu) s představením využitelných metod z fyzioterapie. Potřebují ovládat handling a facilitaci, nejen pro práci s tělesně postiženými dětmi, žáky a dospělými, ale např. i pro účinnou logopedickou intervenci. Takové informace a znalosti je dovedou k docílení většího edukačního efektu.“; PhDr. Opekarová - „Jsem zcela „pro“ a lituji, že můj život nemůže být delší, abych získala kompetence v dalších disciplínách SPPG, podobně jako v té jedné, které věnuji podstatnou část svého pracovního života, které jsou nesmírně přínosné a důležité.“

Převážná většina speciálních pedagogů respektuje odborníky z řad fyzioterapie a domnívá se, že vybrané metody fyzioterapie, jejich aplikace a výběr záleží čistě na nich, tím tyto dva obory, které by měly jít „ruku v ruce“ v systému ucelené rehabilitace separují.

Ano, ztotožňujeme se myšlenkou, že je třeba respektovat odborníky, kteří jsou primárně vzděláni na realizaci terapie lege artis, ale je celá řada vybraných metod fyzioterapie, které lze ve SPPG praxi využít, aniž by tyto metody zákonitě musel vykonávat jen fundovaný specialista.

V tomto duchu vytvořena rigorózní práce, pokoušejíc se přiblížit vybrané metody fyzioterapie tak, aby v systému ucelené rehabilitace a terapeutické intervence, mohly metody pomoci jedincům vyžadující SPPG přístup, přinesly speciálním pedagogům nové poznatky, zkušenosti z terapeutické praxe, která je se speciální pedagogikou velmi propojena a nové impulzy na základě

kterých by se mohli pedagogové dále vzdělávat či by jen usnadnily orientaci v dané problematice a rozšířily všeobecný přehled SPPG odborné veřejnosti.

Neopomenutelným faktem, který chceme sdělit v závěru diskuze je situace, kdy je při studiu na VŠ v oboru fyzioterapie, speciální pedagogice věnován jeden semestr a z toho předmětu skládá fyzioterapeut ústní zkoušku. Pokud tedy fyzioterapie SPPG chápe jako velmi blízký obor se stejnými základy v lékařském odvětví od dob, kdy byla SPPG ještě známa jako „Defektologie“, proč by stejný model nefungoval i ve SPPG? Nebylo by přínosem, kdyby na fakultách oborové SPPG, např. v rámci somatopedie, určitý objem přednášek vyučovali fyzioterapeuté z praxe, kteří mají jednak terapeutické vzdělání, klinickou praxi, ale i vystudovanou speciální pedagogiku? Cílem by nebylo speciální pedagogy naučit fyzioterapii, ale seznámit je s vybranými metodami fyzioterapie a jejich využitím ve SPPG praxi.

Paní doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D. se k tomuto názoru vyjadřuje (viz příloha, rozhovor č. I, otázka č. 7 a 9) následovně: „Určitě bych to vítala jako skvělý nápad. Probíhá to spíše naopak - speciální pedagogiku studují jako předmět studenti fyzioterapie na lékařských fakultách; Více přednášek v pregraduálním studiu speciálních pedagogů by rozhodně prospělo.“

ZÁVĚR

Tato rigorózní práce nesoucí název „Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciálně pedagogické praxi“ byla sepsána tak, aby reflektovala stěžejní myšlenku autora, tj. přiblížit vybrané metody fyzioterapie tak, aby v systému ucelené rehabilitace a terapeutické intervence mohly metody pomoci jedincům vyžadující SPPG přístup. Dále, aby metody přinesly odborně SPPG veřejnosti nové poznatky, rozšířily všeobecný přehled a reflektovaly impulzy a zkušenosti z terapeutické praxe, která je se speciální pedagogikou velmi spjata.

Tato práce vznikala usilovně na základě mnoha podkladů tak, aby byla uceleným a objektivním přínosem pro SPPG praxi. Bylo to především na základě průzkumu v oboru speciální pedagogiky; sběru dat, průzkumu odborné literatury v souvislosti většinou s odvětvím SPPG. Práce se také opřela se o teoretické a praktické znalosti autora z oboru fyzioterapie i SPPG; o rozhovory s odborníky na slovo vzatými z oblasti SPPG praxe; dotazníkové šetření „předvýzkum“, které bylo adresováno speciálním pedagogům různého pracoviště a zaměření; o různorodou škálu případových studií, kde jsou vybrané metody demonstrovány v rámci ucelené rehabilitace atd.

Na základě tohoto „stavebního materiálu“ jsme mohli dospět k určitým předpokladům, postojům, informacím a situaci, kdy mohla být „zkonstruována“, doufejme kvalitní a přínosná publikace pro SPPG praxi, nesoucí název „Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciálně pedagogické praxi“.

Závěrečná slova patří „učiteli národa“ a osobě, jejíž jméno nese univerzita, pro kterou byla tato publikace sepsána.

*„Knihy moudře složené lidskou pílí jsou zlato už vytěžené z hlubin,
pročištěné různými zkouškami vodou a ohněm,
označované snad i k obecnému užívání,
mající jistou hodnotu a hodící se tedy k dennímu užívání.
S pomocí knih se tak mnozí stávají učenými i mimo školu.
Bez knih pak nebývá učený nikdo ani ve škole,
a proto má-li se člověk stát člověkem,
musí se vzdělat knihou, pozlacenou pílí.“*
- Jan Amos Komenský -

RESUMÉ

Tato rigorózní práce se zabývala vybranými metodami fyzioterapie a jejich využitím ve SPPG praxi. Práce byla koncipována teoretickou a praktickou částí, přičemž teoretická část se zabývala charakteristikou oboru fyzioterapie a speciální pedagogiky, vymezením pojmů, dělením a jednotlivými specifiky SPPG „pedií“ v propojení s oborem fyzioterapie.

Praktická část byla „postavena“ především na kapitole 5 - Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciální pedagogice, kdy byly popsány vybrané metody z oboru fyzioterapie a jejich následné využití ve SPPG praxi (vždy ve vzorci: teoretická východiska; využití metodiky; využití ve SPPG praxi). Kapitola byla obohacena o četnou obrázkovou dokumentaci, reflektující aplikaci, postup či zajímavosti metodiky.

Praktická část dále hledala kompetentní data pro potvrzení či vyvrácení sestavených hypotéz a analyzovala „předvýzkum“, který byl realizován se speciálními pedagogy, z oblasti širšího spektra SPPG praxe.

Tato část byla navíc obohacena o VII různorodých případových studií, které prakticky dokládají využití vybraných metod fyzioterapie u jedinců, se kterými se setkáváme ve SPPG praxi.

V příloze dále čtenář nalezne dva exkluzivní rozhovory, realizovány výhradně pro tuto práci, s odborníky působícími dlouhá léta na akademické půdě oboru SPPG, kteří mají objektivní cenné zkušenosti ze SPPG praxe a kteří do této práce vnášejí odborný subjektivní pohled.

RESUME

This rigorous thesis followed chosen methods of physiotherapy and their use in Special Pedagogy. The work contained both theoretical and practical parts.

The theoretical part included characteristics of physiotherapy and Special Pedagogy, as well as definitions of the terms, division and individual specifics of the SPPG branch connected to physiotherapy.

The practical part was mainly based on chapter n. 5 - Chosen Methods of Physiotherapy, where some of the methods and their proper use were described (always in scheme: theoretical way-out; method use; use in Special Pedagogy). This chapter was vastly enriched with a lot of pictures illustrating the application, procedures and other interesting aspects of these methods. Moreover, the practical part attempted to collect complete data in order to confirm or refute the assembled hypothesis and analyzed "preliminary research, which was carried out with special pedagogics from the sphere of a wider spectrum of Special Pedagogy.

In addition, the thesis presented VII different casuistries, which practically demonstrated the use of those chosen methods of physiotherapy with the people we usually meet in our Special Pedagogy practice.

Furthermore, in the annex to this thesis the reader can find two exclusive interviews with specialists who have worked at the University of Special Pedagogy branches for a long time and have valuable experience within the Special Pedagogy practice. They bring their professional subjective views into this work. These two interviews were carried out to be used solely in this work.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. Praha: Galén, šesté, přepracované a doplněné vydání. 2006. ISBN 80-7262-433-4.

BAZALOVÁ, B. *Psychopedie*. In **PIPEKOVÁ, J.** (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

BENEŠ, V. *Poranění míchy*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 80-079-87

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rehabilitační a fyzioterapeutické metody a koncepty využívané u klientů s narušenou komunikační schopností v rámci týmové spolupráce*. In: **KLENKOVÁ, J.** a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: PF MU, 2007. ISBN: 978-80-210-4463-0.

CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-341-3.

CSÉFALVAY, Z. *Diagnostika dysartrie*. In: **LECHTA, V. a kol.** *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2003. ISBN: 80-7178-801-5.

ČÁPOVÁ, J. *Terapeutický koncept „Bazální programy a podprogramy“*. Ostrava: Repronis, 2008

ČERNÁ, M. (ed.) *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN: 80-7066-899-7.

DOLEŽALOVÁ, R.; PĚTIVLAS, T. *Kinesiotaping pro sportovce*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3636-5.

DROTÁROVÁ, E.; DROTÁROVÁ, L. *Relaxační metody – malá encyklopedie*, Praha, Epoque, 2003, ISBN 80-86328-12-0.

DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, 2007. ISBN 978-80-244-1656-4.

FINANDO, D.; FINNANDO, S. *Fundované doteky*. Olomouc: Poznání, 2004. ISBN 80-86606-25-2.

HALADOVÁ, E. a kol. *Léčebná tělesná výchova*. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-236-1.

HALADOVÁ, E. a kol. *Léčebná tělesná výchova: cvičení*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-384-8.

HERMANOVÁ, H. *Hipoterapie*. (CD- ROM). Ver. 1.5. Praha, 2003.

HROMÁDKOVÁ, J., et al. *Fyzioterapie*. 1. vydání. Jinočany: H & H, 2002. ISBN 8086022455.

CHE SIAO-CHENG. *Akupresura pro začátečníky*. Praha- Plzeň: Beta-Dobrovský-Ševčík, 2008. ISBN 978-80-7306-358- 0.

JANDA, V. a kolektiv. *Svalové funkční testy*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0722-5.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN: 80-7254-192-7.

JAVŮREK, J. *Propedeutika fyzioterapie a rehabilitace*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 382-100-99.

JEBAVÁ, Z. *Míčkování*, Praha: Adonis, 1993.

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: UK- vydavatelství Karolinum, 1995. ISBN:80-7066-941-1.

KÁBELE, F.; KOLLÁROVÁ, E.; KOČÍ, J.; KRACÍK, J. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-533-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1110-9.

KLUGEROVÁ, J; PRÁZOVÁ, I.; VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha: UJAK Praha, 2009. ISBN 978-80-86723-72-3.

KOCUROVÁ, M. (ed.) *Speciální pedagogika a pomáhající profese*. ZČU: Plzeň. 2002. ISBN 80-7082-844-7.

KOLÁŘ, P. et. al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOLLÁROVÁ, E. *Základy somatopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2006. ISBN 80-223-2107-9

KOTAKA, H. *Japonská akupresura*. Brno: Computer Press, a.s. 2011. ISBN 978-80-251-2997-5.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KULICHOVÁ, J., et al. *Hiporehabilitace*. Praha: Dr. E. Grégr a syn, s.r.o., 1995.

LECHTA, V. a kolektiv. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LEWIT, K. *Manipulační léčba*. 5. vyd. Praha: Nakladatelství Sdělovací technika, s.r.o., 2003. ISBN 80-86645-04-5.

MAHEŠVARÁNANDA, P., S. *Jóga v denním životě*. Brno: Blok, 1990. ISBN 47-014-90.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-85-8.

MATĚJČEK, Z. *Dyslexie-specifické poruchy učení*. Praha: H&H, 1993. ISBN 80-85787-27-X.

MATĚJČEK, Z. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.

MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6.

MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24526-9.

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 80-73512-08-31.

MATĚJČKOVÁ, E. *Orofaciální stimulace: možnosti využití orofaciální stimulace v základní škole speciální.* Praha: IPPP ČR, 2008. ISBN: 80-86685-63-80.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

MÍČEK, L. *Autoregulační a sociální aspekty duševního zdraví,* Praha, SPN, 1980.

MICHALÍK, J. *Postižení, společnost, právo.* In **RENOTIEROVÁ, M.; LUDVÍKOVÁ, L. a kolektiv.** *Speciální pedagogika.* Olomouc: UPOL, 2003. ISBN 80-244-0873-2.

MINAŘÍK, K. *Jóga v životě současného člověka.* Červený Kostelec: Kruh, 1991. ISBN 80-85202-02-6.

MORALES, R. C. *Orofaciální regulační terapie.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

NĚMEC, J. *Psychopatie a kriminalita: Život ze dne na den.* Vydavatelství a nakladatelství MV ČR, 1993. ISBN 80-9011-217-X.

NEŠPOR, K. *Jóga pro děti.* Praha: Velryba, 1998. ISBN 80-85860-09-0.

NOVOTNÁ, M.; KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele.* Praha: SPN, 1997. ISBN 80-85937-60-3.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami.* Brno: MU, 2005. ISBN: 80-210-3819-5.

OPEKAROVÁ, O. *Kapitoly z výchovného poradenství: školní poradenské služby.* Praha: UJAK, 2007. ISBN 978-80-86723-35-8.

PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody: Koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi.* 2. opravené vydání. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003. ISBN 80-7204-312-9.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností.* In **RENOTIEROVÁ, M.; LUDVÍKOVÁ, L. a kolektiv,** *Speciální pedagogika.* Univerzita Palackého: Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0873-2.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, J. *Srovnávací pedagogika*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-155-7.

RENOTIEROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. a kolektiv. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UPOL, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

RUKAVIČKA, M. *Hiporehabilitace a její využití ve speciální pedagogice*. Diplomová práce. Praha: UJAK, 2010.

RYCHLÍKOVÁ, E. *Manuální medicína*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-010-0.

SCHULTZ, J. H. *Autogenní trénink: Sebeovládáním ke zdraví: návod ke cvičení soustředěného uvolnění*. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kolektiv. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

ŠPRINGROVÁ-PALAŠČÁKOVÁ, I. *Akrální Koaktivační Terapie-ACT*. Čelákovice: REHASPRING, 2011, ISBN 978-80-260-0912-2.

ŠŮROVÁ, S. *Kinesiotaping: terapeutické využití kinesiotapu*. Skripta ke kurzu. Praha: Rehasport, 2010.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

VÉLE, F. *Kineziologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN: 80-7315-134-0.

VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9.

WERNER, K. *Hathajóga*. Praha: Olympia, 1969. ISBN 27-031-69.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-800-7.

ZEMAN, M. *Speciální neurochirurgie*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7086-135-1.

ZIKEŠOVÁ, M. *Jóga nejen pro děti*. Praha: Erika 2005. ISBN 80-7190-662-X.

Prameny www:

WWW1: *Afázie*. Asociace klinických logopedů ČR, <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--afazie>, navštíveno 24. 1. 2012.

WWW2: *Downův syndrom*. <http://downuvsyndrom.ordinace.biz/>, navštíveno 25. 3. 2012.

WWW3: *Downův syndrom*. <http://www.downuvsyndrom.wz.cz/>, navštíveno 25. 3. 2012.

WWW4: <http://posit.upol.cz/materials/komunikace-2.pdf>, navštíveno 17. 2. 2012.

WWW5: Eva Martinková: *Komunikace a osoby se zrakovým postižením, metodický materiál, část druhá*. http://www.vojta.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=9&lang=cs, navštíveno 3. 5. 2012.

WWW6: *Míčkování*. <http://www.mickovani.wz.cz/>, navštíveno 5. 4. 2012.

WWW7: *SONS ČR*: Copyright © 2002 – 2012. <http://www.sons.cz/>, navštíveno 11. 1. 2011.

SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

DANIELCZYK, M. *Konduktive Förderung bei Erwachsenen*. Konzept nach András Pető. München: Richard Pflaum Verlag, 2003. ISBN 3-7905-0896-9.

GERICKE, R.; METZGER, T.; KRESTOVÁ, L. *Medical Taping Concept – Clinical therapeutic application kinesiotaping manual*. Skripta ke kurzu, 2011. ISBN: B000FOXZGM.

GERSTLAUER, P.; METZGER, T. *Heilung mit elastischem Tape!*. Bielefeld: Verl. Sport und Historie, 2010. ISBN 978-398-1393-705.

KASE, K. *Clinical therapeutic application of kinesio taping method*. 2nd edition. Tokyo, Japan: Ken Ikai Co. Ltd., 2003.

KUMBRINK, B. *K taping*. Berlin: Springer-Verlag, 2012. 978-3-642-12931-5.

TRAVELL, J.; SIMONS, D. *Myofascial pain and dysfunction*. Volume 2. Baltimore, Md.: Williams and Wilkins, 1992. ISBN 0-683-08367-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovory	I
Příloha B – Dotazníky	X
Příloha C – Seznam zkratk.....	XIV

Příloha A - Rozhovory

Rozhovor č. I - doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D

Paní doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D., praxi v oboru zahájila po absolvování PedF UK v r. 1986 ve specializované třídě základní školy pro žáky se specifickými poruchami učení a chování. Dále působila jako učitelka málotřídní školy a v r. 1998 nastoupila na Pedagogickou fakultu v Praze- katedru speciální pedagogiky, která se stala jejím kmenovým pracovištěm a je jí dodnes.

„Vedle původního zaměření na obor somatopedie a logopedie v SPPG je dnes předmětem mého zájmu také inkluzivní pedagogika. Můj odborný zájem o tuto oblast podnítil skvělý vysokoškolský pedagog a kritik sociálních věd prof. Georg Feuser z Univerzity v Brémách, když mě na přelomu 1999/ 2000 přizval do svého mezinárodního vědeckého týmu. Budoucnost speciální pedagogiky vidím v jejím přerůstání do inkluzivní pedagogiky, která zajistí přenos nejvýznamnějších metodických poznatků a postupů (včetně postupů aplikované terapie) do běžného vzdělávacího prostředí (školy pro všechny).“

V oboru speciální pedagogiky, obzvláště na akademické půdě a v oblasti somatopedie, máte věhlasné jméno a jste vážená, stejně tak jako i mezi studenty, které vzděláváte (to na základě osobní empirie- měli jsme tu čest být Vámi vzděláváni).

Odpovězte nám tedy prosím, jako osoba nejpovolanější na několik otázek, které by nám pomohly objektivizovat danou problematiku „Využití vybraných metod ve fyzioterapii a jejich využití ve SPPG praxi“ a vnést do této práce, pro nás velmi cenný názor odborníka na slovo vzatého.

Nyní k rozhovoru:

- 1) **M. R.:** Co Vás v první chvíli napadne (např. asociace z praxe; životní poslání atd.), když vyslovíme pojem speciální pedagogika?

doc. Hájková: „Speciální pedagogika je pro mě studnicí hlubokého poznání samotné lidské podstaty a také podstaty lidského učení, která v případě osob s nějakým typem handicapu ještě výrazněji vystupuje, abychom si ji uvědomili a popsali. Dokážu si představit tu obrovskou masu speciálních pedagogů v ČR, které vzdělaly a na práci s handicapovanými připravily v průběhu svého fungování české pedagogické fakulty a jejich katedry speciální

pedagogiky (zhruba od r. 1946) a tu obrovskou sumu jejich metodických zkušeností z práce s lidmi s různým typem handicapu, které, bohužel, zůstanou většinou nezaznamenány a nezachyceny. Vnímám tedy obor speciální pedagogika nejen jako vědní obor, ale především jako obor praktický, ve kterém pracovníci sdílejí vztah k postiženým osobám a zaujetí pro jejich problémy, protože bez vnitřního vztahu a zaujetí se práce v tomto oboru prostě vykonávat nedá.“

2) **M. R.:** Kam se ubírají Vaše myšlenky, zmíníme-li pojem fyzioterapie?

doc. Hájková: „Vidím obor, který je vysoce specializovaný, pro společnost nezbytný, nacházející mnohsměrné využití (sport, zdravotnictví aj.), vyžadující kvalitní studijní přípravu. Se speciální pedagogikou má společné – vztah k člověku jako křehké a zranitelné lidské bytosti a orientaci na pomoc lidem.“

3) **M. R.:** Víme o Vás, že působíte jako zástupkyně vedoucí katedry SPPG na UK, externě jste vyučovala na UJAK Praha, jste akademicky aktivní, vyučujete mnoho studentů a Vaše jméno je spjato s problematikou somatopedie.

Naše otázka tedy směřuje k tématu, jak jste se k oboru dostala, čím si obor SPPG získal Vaši přízeň a je pro Vás SPPG, po letech aktivního působení, stále podnětné prostředí?

doc. Hájková: „Obor speciální pedagogika jsem ještě pod názvem „defektologie“ vystudovala v 80. letech minulého století na Pedagogické fakultě UK v Praze. Po revolučním roce 1989 nastal doslovný převrat v sociálních vědách, vše se zásadně změnilo i ve speciální pedagogice: pojetí handicapu, pojetí života osob s postižením, hodnocení kvality jejich života, pohled na segregaci – integraci a inkluzi osob s postižením. Když jsem o devět let později nastoupila jako asistent na Pedf UK, musela jsem obor prakticky vystudovat znovu, paralelně se studenty, které jsem učila, na rozdíl od nich ale zcela individuálně a po večerech. Nové pojetí a směřování oboru mě uchvátilo a zaujetí pro něj mi vydrželo asi dodnes. Je to obor rychle se rozvíjející, na rychlost obnovy poznatků v něm skoro nestačíme na vysokých školách reagovat reakreditacemi studijních programů a inovacemi jejich obsahů. To se mi na oboru SPPG líbí.

Navíc si obor rychle otevírá dveře do dalších vědních i praktických oblastí. Ještě před 20 lety hodně lidí nevědělo, kdo je to speciální pedagog, dnes tuto profesi u nás zná skoro každý. Metody podpory speciálních potřeb lidí a postupy reedukace se rychle přenášejí do oblastí běžného školství, do různých oblastí poradenské praxe, do sociální práce, do práce se seniory a oblastí gerontagogiky, překvapivě i do oblastí HR managementu, sociálního managementu, kariérového poradenství, vojenství apod. Speciální pedagog je poplatným členem

rehabilitačních týmů jako pracovník ve zdravotnictví. Je to, jak se zdá, podnětný obor nejen pro mě...“

4) **M. R.:** Profilujete se spíše do role docentky, která aktivně akademicky působí a přispívá SPPG v ČR či do role pedagoga, který vzdělává studenty a budoucí pedagogy nebo je pro Vás prioritou např. klinická praxe ve speciální škole či v oboru somatopedie?

doc. Hájková: „Ze všech rolí, které jmenujete, je pro mě nejpřitažlivější role učitele vysokoškolských studentů.“

5) **M. R.:** Domníváme se správně, že ze SPPG „pedií“ je Vám nejvíce blízká somatopedie? A pokud ano, co Vás vedlo k tomuto zaměření a byla jste takto orientována od prvopočátku?

doc. Hájková: „Kdysi mi jeden ze služebně starších kolegů na katedře řekl, že speciální pedagog by neměl zůstat“ jednonohý“. Myslel přitom jistě na výhodu, kterou s sebou nese, když máte zvládnuté minimálně dva podobory speciální pedagogiky. Protože hybnost a řeč jsou spojitě nádoby, zcela přirozeně pro mě vyplynulo, že bych se měla věnovat vedle somatopedie i logopedii. Z těchto disciplin jsem také kdysi skládala státní zkoušky na PedF UK.“

6) **M. R.:** Nahlížíte na obor speciální pedagogiky, ze svého subjektivního hlediska jako na obor humanitně zaměřený a již plně ucelený (jen těžko nacházíte pojitko např. s oborem fyzioterapie) či jako na obor, jenž se opírá o lékařské odvětví, z medicínských empirií vychází a z lékařského odvětví může čerpat nové poznatky, využitelné ve SPPG praxi?

doc. Hájková: „Odklon od biomedicínského paradigma, který u nás nastal v porevolučním období (od 90. let), měl zásadní význam zejména pro oblast psychopedie a pro nové pojetí osob s mentálním postižením. Přinesl humánnější a neklinický pohled na mentální postižení, otevřel téma lidských práv a sebeurčení osob s mentálním postižením. V somatopedii jsme se pokoušeli o totéž, ale bez čerpání zkušeností z některých medicínských oborů (typicky neurorehabilitace, fyzioterapie, neurologie, ORL a foniatrie) je působení somatopedů u osob s postižením hybnosti neefektivní. I tak ale vycházíme ze sociálního modelu postižení.“

7) **M. R.:** Zdá se nám to, či se jedná o fakt, že odborná veřejnost stejně jako i veřejnost laická, vybrané metody fyzioterapie ve SPPG praxi nevyužívá tak, jak by si pro jejich zajímavý terapeutický efekt zasloužily? Či si myslíte, že tyto metody z jiných oborů jsou ve SPPG praxi využívány hojně?

A pokud souhlasíte s tím, že tyto metody nejsou ideálně rozšířeny a ve SPPG praxi příliš známy, čím si to vysvětlujete? (nedostatek literatury, pouze stručné seznámení s těmito metodami v praxi, nedostatek zájmu, nedostatek odborných přednášek studentům atd.)

doc. Hájková: „Nemyslím si, že by speciální pedagogové nechtěli využívat a nevyužívali terapie, využívají ale jen jejich aplikací a respektují odborníky, kteří jsou na provádění terapií primárně vzdělávání. Nejčastější využití terapií vidíme ve vzdělávacích zařízeních pro kombinovaně a těžce postižené. Máte ale pravdu, že ani to není ideální stav, terapie mají mnohem větší potenciál pro edukaci a měly by se využívat všude tam, kde se vzdělává dítě (žák nebo dospělý člověk) s postižením, třeba i na běžné škole. Více přednášek v pregraduálním studiu speciálních pedagogů by rozhodně prospělo.“

8) **M. R.:** Myslíte si, že je naše domněnka správná, když předpokládáme, že převážná většina speciálních pedagogů, metodiky z jiného lékařského oboru, jako je např. fyzioterapie, v systému komplexní péče o jedince se speciálně pedagogickými potřebami nevyužívá a během studia se s vybranými metodami fyzioterapie v souvislosti se speciální pedagogikou blíže nesetkala?

doc. Hájková: „Nemyslím si, že by to byla převážná většina. Podívejte se na studijní plány oborového studia SPPG na PedF UK v Praze a PedF MU v Brně- již v bakalářském studiu obsahují mnoho disciplin medicínských a terapeutických.“

9) **M. R.:** Co si myslíte o názoru, že by nebylo od věci, kdyby na VŠ ve studijním oboru SPPG, v rámci předmětu somatopedie, určitý objem přednášek vyučovali fyzioterapeuté z praxe, kteří mají jednak terapeutické vzdělání a zaměření, ale i vystudovanou speciální pedagogiku? Myslíte si, že bychom tím docílili pozitivního efektu a rozšířily tak obzory u budoucích speciálních pedagogů, či to považujete jako utopii a pro porozumění dané problematiky je ideální pouze speciální pedagog?

doc. Hájková: „Určitě bych to vítala jako skvělý nápad. Probíhá to spíše naopak – speciální pedagogiku studují jako předmět studenti fyzioterapie na lékařských fakultách.“

10) **M. R.:** Považujete snahu a myšlenku využít vybrané metody fyzioterapie ve SPPG praxi, z hlediska Vašeho odborného náhledu, za nemístnou či neúčelnou ztrátu času?

Či vytvoření základní „metodologie“ a komplexního přehledu vybraných metod z oblasti fyzioterapie, pro SPPG praxi vítáte? (např. Nové informace mohou poskytnout větší informovanost, lepší orientaci v komplexní péči- tím docílit kvalitnějšího terapeutického efektu.)

doc. Hájková: „Pro studující speciální pedagogy a speciální pedagogy v praxi by určitě mělo velký význam vytvoření vzdělávacího programu (kurzu) s představením využitelných metod z fyzioterapie. Potřebují ovládat handling a facilitaci nejen pro práci s tělesně postiženými dětmi, žáky a dospělými, ale např. i pro účinnou logopedickou intervenci. Takové informace a znalosti je dovedou k docílení většího edukačního efektu.“

Děkuji mnohokrát za rozhovor.

Rozhovor č. II - Phdr. Olga Opekarová, PhD.

Paní Phdr. Olga Opekarová, PhD., působí v praxi psychologa ve školských poradenských zařízeních 15 let. Jejím zaměřením je diferenciální diagnostika v oblasti poruch psychického vývoje dětí a mládeže do 26 let věku. Specializuje se na objektivní (skutečné) příčiny problémů v sociální komunikaci a adaptaci dětí během jejich výchovy a vzdělávání, a dále totéž u dospívající mládeže a dospělých při poznávání svých individuálních možností a limitů během přípravy na život v dospělosti a zaměstnání. V tomto směru dále na diagnostiku vedoucí k vyloučení (či potvrzení) možných duševních poruch a poruch psychického vývoje daných jedinců. Konkrétně např. diagnostika: dosaženého vývoje dílčích mentálních funkcí, celkové úrovně rozumového vývoje, typů pervazivních vývojových poruch, typů poruch chování a emocí s počátky v dětství, aj.

Ve školských poradenských institucích je vedena jako psycholog ve speciálně pedagogickém centru (event. školní psycholog, poradenský psycholog pro děti a mládež). Spolupracuje s UK v Praze a UJAK Praha.

Ve volném čase je pro ni koníčkem rodina, lyžování, sborový zpěv, (středně) vysokohorská turistika, vodní sporty atd.

Názor na SPPG: „Jedna z nejdůležitějších a neúčinnějších společenskovedních disciplín pro vývoj české společnosti a oborů poznání o lidské výchově.“

V oboru speciální pedagogiky, obzvláště v oblasti poradenství a problematiky poruch autistického spektra, máte nejen na UJAK Praha a UK Praha velmi dobré jméno a jste velmi ceněná na akademické půdě, mezi studenty (to na základě osobní empirie- měli jsme tu čest být Vámi vzděláváni), ale i mezi řadou svých spokojených klientů, pacientů, dětí.

Odpovězte nám tedy prosím, jako osoba nejpovolanější na několik otázek, které by nám pomohly objektivizovat danou problematiku „Využití vybraných metod ve fyzioterapii a jejich využití ve SPPG praxi“ a vnést do této práce, pro nás velmi cenný názor odborníka na slovo vzatého.

Nyní k rozhovoru:

1) **M. R.:** Co Vás v první chvíli napadne (např. asociace z praxe; životní poslání atd.), když vyslovíme pojem speciální pedagogika?

Dr. Opekarová: „Kompletní a komplexní soubor účinných (tradičních i moderních) terapeutických principů, metod a technik, podložených hlubokým poznáním a oborově širokým spektrem poznatků o možnostech účinné přípravy člověka pro život.“

2) **M. R.:** Kam se ubírají Vaše myšlenky, zmíníme-li pojem fyzioterapie?

Dr. Opekarová: „Přímá odborná péče o kvalitu fyziologických předpokladů fungování lidského těla organismu, jež dále ovlivňují veškeré funkce lidského organismu, vč. duševních. Je to vědomá a cílená činnost člověka s přímým vlivem na kvalitu lidského života.“

3) **M. R.:** Víme o Vás, že působíte v poradenství, Vaše jméno je spjato s problematikou autismu a vyučujete na univerzitě. Naše otázka tedy směřuje k tématu, jak jste se k oboru dostala, čím si obor SPPG získal Vaši přízeň a jak vše stíháte, když den má „pouhých“ 24 hodin? Dále nás zajímá, kde čerpáte tolik radosti a pozitivního naladění, které je na Vás vždy přítomné. Souvisí to s Vaším působením ve SPPG?

Dr. Opekarová: „Lidé mne zajímají, jsem mezi nimi ráda, a mrzí mne, že nestíhám víc. Fascinuje mne lidská individuální odlišnost, a zajímám se o činnosti, které lidé dělají rádi společně, bez ohledu na individuální ekonomické „požitky“. Uklidňují mne symptomy v chování lidí, které svědčí o tom, že dobrovolně a s pocitem správného jednání dokážou vždy nést zodpovědnost za důsledky svého jednání a dokonce předvídáním těchto důsledků se snaží neomezovat život ostatních lidí.

Pozitivní naladění u mne možná souvisí s tím, asi jako u každého člověka, že si uvědomuji, jak je lidský život velmi zajímavý, barvitý a krásný. Nikdy proto asi nemůže být snadný (což není katastrofa).

Působení v oborech speciální pedagogiky pouze v některých směrech dále obohatilo, možná i umocnilo již ve mně nastavené některé předpoklady pro práci s druhými lidmi. Určitě mj. i převzaté od spousty vlastních předků.“

4) **M. R.:** Profilujete se spíše do role speciálního pedagoga, který akademicky působí a přispívá SPPG v ČR či který vzdělává studenty a budoucí pedagogy nebo je pro Vás prioritou klinická praxe ve speciální škole a v oboru poradenství u problematiky poruch autistického spektra?

Dr. Opekarová: „Složitá otázka, na kterou odpovím jednoduše. Bez klinické praxe bych nikdy nemohla s takovou chutí přesvědčit o skutečné podstatě mnou poznávaných věcí vůbec nikoho, vč. sebe.“

5) **M. R.:** Domníváme se správně, že ze SPPG „pedií“ je Vám nejvíce blízká psychopedie- jedinci s poruchami autistického spektra? A pokud ano, co Vás vedlo k tomuto zaměření a byla jste takto orientována od prvopočátku?

Dr. Opekarová: „V tomto směru jsem nejdříve dosáhla vzdělání v oboru psychologie, ale i klasické filosofie, anatomie lidského těla atd., proto jsem nejdříve „disponovala“ relativně lepším povědomím o této stránce lidského života. Tím pádem jsem se pravděpodobně o něco málo rychleji orientovala v dané praxi (psycho-pedie). Permanentním učením, přes životní osud jménem obživné zaměstnání, jsem se přenesla z oborů studujících lidský rozum, vůli a přání, přes obory analyzující lidské konání, provázené nadprůměrnými mentálními schopnostmi, pak samozřejmě také s pod a nízkými mentálními schopnostmi, až k oborům, které shrnuly ad výše všechno. Tím je studium, diagnostika, poradenství a péče o část lidské populace, u které je shledáváno atypické či nestandardní jednání a konání („chování“), přestože její předpoklady v oblasti dosažené mentální úrovně či celkového lidského zdraví by měly být dle aktuální společenské „normy“ bez pozoruhodností.“

6) **M. R.:** Nahlížíte na obor speciální pedagogiky, ze svého subjektivního hlediska jako na obor humanitně zaměřený a již plně ucelený (jen těžko nacházíte pojítka např. s oborem fyzioterapie) či jako na obor, jenž se opírá o lékařské odvětví, z medicínských empirií vychází a z lékařského odvětví může čerpat nové poznatky, využitelné ve SPPG praxi?

Dr. Opekarová: „Dle mého názoru jednoznačně všechny pedie speciální pedagogiky musí primárně a hluboce vycházet z příslušných exaktních oborů lidského poznání (medicínské empirie). Pedie jako humanitní nadstavbové obory pak následně umožňují tvorbu plánu (dle cíle), vysvětlení principů (dle úrovně dosaženého vývoje zúčastněných), kompozici adekvátních metod a technik (na základě včasné diagnózy s prognózou), zakomponování celosvětově poznávaných a ověřených poznatků (permanentním studiem všech pramenů)- do uceleného a komplexního systému následné odborné péče s konkrétním (správně a přesně formulovaným) cílem péče. Což je multifaktoriální jev, „dřina největší“.“

7) **M. R.:** Zdá se nám to, či se jedná o fakt, že odborná veřejnost stejně jako i veřejnost laická, vybrané metody fyzioterapie ve SPPG praxi nevyužívá tak, jak by si pro jejich zajímavý terapeutický efekt zasloužily? Či si myslíte, že tyto metody z jiných oborů jsou ve SPPG praxi využívány hojně.

A pokud souhlasíte s tím, že tyto metody nejsou ideálně rozšířeny a ve SPPG praxi příliš známy, čím si to vysvětlujete? (nedostatek literatury, pouze stručné seznámení s těmito metodami v praxi, nedostatek zájmu atd.)

Dr. Opekarová: „Obávám se, že se jedná o velmi nedostatečnou pregraduální přípravu studentů příslušných fakult vysokých škol v tomto směru. Většina oborů SPPG je dle mého názoru stále více pojata „informačně“ a praktické disciplíny jsou na ústupu.“

Myslím, že zájem z řady studentů by byl veliký, ale chybí zapálení specialisté z praxe, kteří by na předání a zobecnění svých velmi důležitých zkušeností a poznatků těm mladším a méně zkušeným měli čas a prostor.“

8) **M. R.:** Myslíte si, že je naše domněnka správná, když předpokládáme, že převážná většina speciálních pedagogů, metodiky z jiného lékařského oboru, jako je např. fyzioterapie, v systému komplexní péče o jedince se speciálně pedagogickými potřebami nevyužívá a během studia se s vybranými metodami fyzioterapie v souvislosti se speciální pedagogikou blíže nesetkala?

Dr. Opekarová: „Myslím, že už jsem výše zodpověděla.“

9) **M. R.:** Co si myslíte o názoru, že by nebylo od věci, kdyby na VŠ ve studijním oboru SPPG, v rámci předmětu somatopedie, určitý objem přednášek vyučovali fyzioterapeuté z praxe, kteří mají jednak speciálně pedagogické i terapeutické vzdělání a zaměření? Myslíte si, že bychom tím docílili pozitivního efektu a rozšířily tak obzory u budoucích speciálních pedagogů, či to považujete jako utopii a pro porozumění dané problematice je ideální pouze speciální pedagog?

Dr. Opekarová: „Jednoznačně! Avšak pozor, finanční ohodnocení pedagogů působících na vysokých školách je předmětem letité diskuse a skepse. Nápad je to již řadu let výborný, nedopadá však dobře ad ekonomická stránka procesu.“

10) **M. R.:** Považujete snahu a myšlenku využít vybrané metody fyzioterapie ve SPPG praxi, z hlediska Vašeho odborného názoru, za nemístnou či neúčelnou ztrátu času?

Či vytvoření základní „metodologie“ a komplexního přehledu vybraných metod z oblasti fyzioterapie, pro SPPG praxi vítáte? (např. Nové informace mohou poskytnout větší informovanost, lepší orientaci v komplexní péči- tím docílit kvalitnějšího terapeutického efektu.)

Dr. Opekarová: „Jsem zcela „pro“ a lituji, že můj život nemůže být delší, abych získala kompetence v dalších disciplínách SPPG, podobně jako v té jedné, které věnuji podstatnou část svého pracovního života, které jsou nesmírně přínosné a důležité.“

Děkuji mnohokrát za rozhovor.

Příloha B - Dotazníky

Dotazník č. I

Vážené dámy a pánové působící ve speciální pedagogice, kolegyně a kolegové, prosím o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který vytvoří podklady pro zpracování mé rigorózní práce na téma „Vybrané metody fyzioterapie a jejich využití ve speciálně pedagogické praxi“. Anonymita je v tomto dotazníku zaručena.

Cílem dotazníkového šetření je jakýsi „předvýzkum“, realizovaný sběrem dat mezi Vámi speciálními pedagogy, který by měl informovat, zda mají pedagogové zájem získat nové zkušenosti a metodiky z jiného lékařského oboru - fyzioterapie, které by napomohly v řešení problému s jedinci, kteří potřebují speciálně – pedagogickou intervenci. Hlavní myšlenkou práce je „položení základů metodologie“ a tvorba „rozcestníku“ na základě kterého, by se speciální pedagog dle svého zaměření mohl v metodice hlouběji vzdělávat.

Dotazník neobsahuje sdělení osobních či citlivých údajů, které by mohly být použity proti Vám, či by byly zneužity. Prosím o pravdivé vyplnění položek dotazníku. Nepravdivé informace by vedly ke zkresleným výsledkům mého průzkumu. V dotazníku je možno vybrat z více možností, případně doplnit jinou možnost a celý dotazník by neměl zabrat více než pár minut Vašeho času. Předem děkuji za dodržení postup a pravdivé doplnění.

S pozdravem a poděkováním Mgr. Michal Rukavička, absolvent oborové speciální pedagogiky UJAK (2010); vedoucí fyzioterapie mládeže AC Sparta Praha Fotbal, a.s. (2010-2012); nyní fyzioterapeut a kondiční terapeut FC Dinamo Tbilisi (Georgia).

. Věk:

. Pohlaví:

. Dosažené vzdělání:

1) Ve které oblasti speciální pedagogiky působíte?

- Školství
- Instituce školních poradenských služeb
- Organizace či neziskové instituce
- Ústavní péče
- Nápravná zařízení
- Osobní asistence

2) Který obor speciální pedagogiky je Vám v rámci zaměření či působení nejbližší?

- Somatopedie

- Psychopedie
- Specifické vývojové poruchy školních dovedností
- Etopedie
- Surdopedie
- Tyflopédie
- Logopedie

3. Považujete obor speciální pedagogiky, ze svého subjektivního hlediska jako obor humanitně zaměřený a již plně ucelený či jako obor, jenž se opírá o lékařské odvětví, z medicínských empirií vychází a z lékařského odvětví může ještě čerpat nové poznatky a metody využitelné v praxi?

- Speciální pedagogiku považuji jen jako humanitní obor a ucelený
- Speciální pedagogiku považuji jako obor, který z lékařského oboru vychází, ale pohybuje se jen v humanitní rovině, co se teorie i praxe týče
- Speciální pedagogiku považuji jako obor, který se opírá o poznatky z lékařského odvětví, z medicíny vychází nejen v teorii, ale také v praxi a myslím si, že lze ještě mnohé využít v rámci komplexní intervence ve speciální pedagogice

4. Měli jste v rámci studia speciální pedagogiky možnost bližšího seznámení s oborem fyzioterapie? Například v předmětu Somatopedie?

- Ano, měli
- Ano, měli, ale nebylo to předmětem mého zájmu
- Možnost byla, ale v rámci studia jsme o fyzioterapii hovořili velmi okrajově
- Ne, neměli

5. Myslíte si, že lze objektivně vyjádřit propojení speciální pedagogiky s oborem fyzioterapie? A pokud ano, jsou dle Vašeho názoru vybrané metody fyzioterapie dostatečně využívány v rámci speciálně pedagogické intervence?

- Ano, myslím si, že propojení mezi obory je a speciální pedagogika z oboru fyzioterapie mnohé využívá
- Ano, myslím si, že propojení mezi obory určitě je, ale speciálně pedagogická praxe využívá vybrané metody fyzioterapie jen velmi sporadicky
- Ne, fyzioterapii v souvislosti se speciální pedagogikou nepropojují, proto reálné využití v péči o jedince se speciálně pedagogickými potřebami vylučují

6. Pokud jste na základě předchozí otázky přesvědčení, že speciálně pedagogická praxe nevyužívá dostatečně vybrané metody z oboru fyzioterapie, vyberte prosím důvody.

- Neinformovanost o této metodě v rámci studia
- Nedostatek literatury a neznalost ucelených praktických informací
- Nezáměr o tento obor
- Přednost mají jiné, "lepší" obory a z nich pramenící metody
- Neuvědomění si propojení mezi obory speciální pedagogiky a fyzioterapie

7. Myslíte si, že lze využít v systému komplexní péče, vybraných metod fyzioterapie ve většině odvětví speciální pedagogiky?

- Ano, myslím si, že ve většině odvětví speciální pedagogiky, lze vybraných metod fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi využít

- Spíše ne, myslím si, že speciální pedagogika je v každém odvětví již plně uceleným oborem a v systému komplexní péče není fyzioterapie přínosná

- Ne, myslím si, že vybrané metody fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi nelze využít vůbec

8. Vyjádřete prosím, do jaké míry považujete využití vybraných metod fyzioterapie ve speciálně pedagogické praxi, v rámci komplexní rehabilitace, za přínosnou.

- Respondenti mohli vybrat hodnotu na škále od číslice 1 do číslice 5, přičemž číslici 1 považujeme za hodnotu- Velmi přínosné a číslici 5 za hodnotu- Myslím, že nejsou přínosné, oproti jiným postupům terapeutické intervence.

9. Chodí na Vaše pracoviště nabídky pro rozšíření zkušeností a praktických dovedností z jiných oborů – např. fyzioterapie, které byste mohli využít v souvislosti se speciální pedagogikou

- Ano, chodí a nabídky využíváme
- Ano chodí, nabídky nevyužíváme
- Ne, nechodí, musíme vyvíjet iniciativu my

10. Využívá zařízení, kde působíte či využíváte- li Vy osobně, v rámci komplexní péče o jedince, některou z metod fyzioterapie? Např. hiporehabilitaci atd.?

- Ano, využívá/m
- Ne, nevyužívá/m
- Ne, nevyužívá, ale chtěl/a bych, aby pracoviště mého působení metody využívalo

11. Pokud je na jedince z Vaše profesního působiště aplikována některá z vybraných metod fyzioterapie, např. hiporehabilitace atd., pozorujete objektivní zlepšení ve zdravotním stavu, chování či prospěchu v souvislosti s metodikou?

- Ano, pozoruji

- Nevím, zda zlepšení souvisí s konkrétním zlepšením ve škole a s chování, vzhledem k nepravdělnosti aplikace metodiky či návštěvy např. hiporehabilitačního zařízení

- Ne, nepozoruji

12. Vnímáte ze strany rodičů, klientů či dětí zájem o metody z fyzioterapie a jejich zařazení do programu Vašeho pracoviště? Opět např. hiporehabilitace atd.

- Ano, vnímám

- Ano, vnímám, ale vzhledem k omezeným možnostem pracoviště, využívají jedinci jiné metody individuálně

- Ne, z této strany žádnou iniciativu nepozoruji

13. Uvítali byste vytvoření základní „metodologie a doporučení“ vybraných metod z oblasti fyzioterapie, v rámci ucelené rehabilitace, která by mohla speciálním pedagogům poskytnout nové možnosti ve své každodenní praxi a podle kterých by se speciální pedagog, dle svého zaměření, mohl v metodice hlouběji vzdělávat a lépe se orientovat?

- Ano, uvítal/a bych vytvoření vybraných metod fyzioterapie v rámci speciálně pedagogické intervence

- Ne, neuvítal/a bych vytvoření vybraných metod fyzioterapie v rámci speciálně pedagogické intervence, přijde mi to zbytečné

- Pokud by vznikly ucelené vybrané metody z oboru fyzioterapie využitelné ve SPPG praxi, snažil/a bych se je také zařadit do systému komplexní péče či bych se chtěl/a alespoň o nových možnostech z tohoto oboru, něco nového dozvědět

- Pokud by vybrané metodiky z oboru fyzioterapie vytvořeny byly, v rámci komplexní péče o jedince se speciálně pedagogickými potřebami, bych je nevyužíval/a a daná problematika by mne nezajímala ani okrajově

Příloha C - Seznam zkratk

- WHO- Světová zdravotnická organizace
- SPPG- Speciální pedagogika, speciálně pedagogická, speciální pedagog
- PF UK- Pedagogická fakulta University Karlovy
- SVPŠD- Specifické vývojové poruchy školních dovedností, dříve SPU- specifické poruchy učení
- ADD- Syndrom poruchy pozornosti, hypoaktivity a tzv. denní snění
- ADHD- Syndrom poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity
- ODD- Syndrom opozičního vzdoru
- DMO- Dětská mozková obrna
- RS- roztroušená skleróza
- CMP- Cévní mozková příhoda
- VDT- Vadné držení těla
- ADL- Aktivity všedního dne
- TrPs.- Spoušťové body
- Mob. - Mobilizace (odblokování)
- Cp- Krční páteř
- Thp- Hrudní páteř
- Lp- bederní páteř
- Sp- Křížová část páteře
- HK, HKK- Horní končetina, horní končetiny
- DK, DKK- Dolní končetina, dolní končetiny
- M., mm. - sval, svaly
- CNS- Centrální nervová soustava
- VP- Výchozí poloha
- EEG- elektro-encefalo- graf
- MR- Mentální retardace
- NO- nynější onemocnění
- SA- Sociální anamnéza
- OA- Osobní anamnéza
- IVP- Individuální vzdělávací plán
- RHB-rehabilitace

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Mgr. Michal Rukavička

Obor: Speciální pedagogika

Název práce: Vybrané metody fyzioterapie
a jejich využití ve speciálně pedagogické praxi

Rok: 2013

Počet stran: 299

Celkový počet stran příloh: 14

Počet titulů české literatury a pramenů: 78

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 6

Počet internetových zdrojů: 7